

WQ

18

F289E

1919

F

FEBRES
ENSEÑANZA DE OBSTETRICIA
EN NUESTRA MATERNIDAD

WQ 18 F289e 1919

47630170R

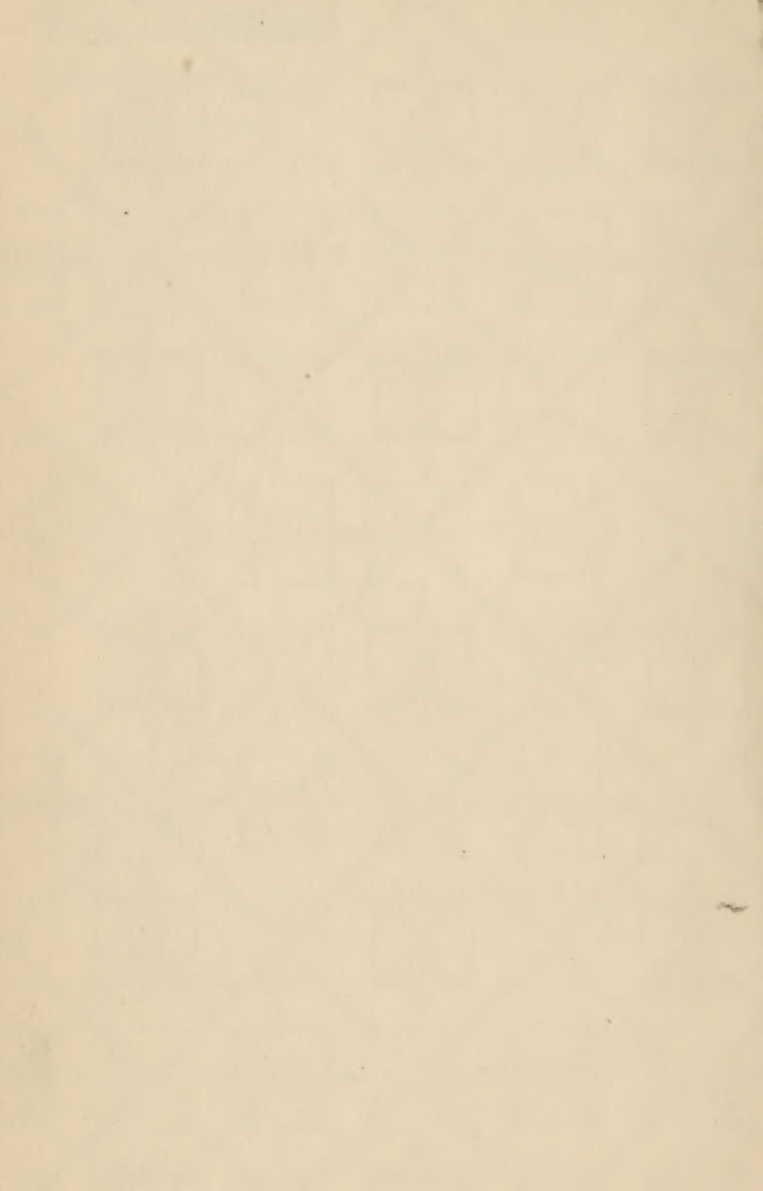


NLM 05244960 7

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE







La enseñanza de Obstetricia en nuestra Maternidad

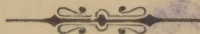
Programa razonado y detallado de partos

CONCURSO DE 1919

Dr. Enrique Febres y Odriozola

Catedrático adjunto

de la Facultad de Medicina y auxiliar de la Maternidad



===== LIMA =====
===== ORELLANA y Ca. =====
③ Librería del Correo ③
===== 1919 =====

La enseñanza de Obstetricia

en nuestra Maternidad

Programa razonado y detallado de partos

CONCURSO DE 1919

18

F289e

1919

c.1

film no 9874 den 4

ARMED FORCES MEDICAL LIBRARY
WASHINGTON, D. C.

621756

Enrique Febres y Cárizola, dedica estas páginas en homenaje de verdadero reconocimiento al que con ternura y solicitud supo cuidar siempre la vida de sus queridos padres; al respetado maestro; al distinguido profesional; al clínico sagaz; al decano venerable de nuestra ilustre Facultad de Medicina; al Dr. Ernesto Cárizola.

Lima, 25 de Marzo de 1919.

Trabajos Propios

1.^a — Contribución al estudio de las posteriores de vértice. En la que las separo del concepto que de ellas se tiene como variedades enteramente fisiológicas, para referirlas á su verdadera causa, siempre anormal y hasta hoy no señalada: tal es, la inserción de la placenta en el segmento inferior.

2.^a — Contribución al encarcelamiento placentario. Donde descubro un nuevo signo-diagnóstico, de fácil comprobación en la práctica corriente. Estos dos trabajos han sido presentados al congreso médico (1913).

3.^a — Contribución al estudio del vómito grave incoercible del embarazo y su tratamiento por la evacuación rápida del útero, siguiendo la técnica de la metro-anestesia.

4.^a — Reblandecimiento artificial del cuello del útero, por las inyecciones intersticiales de solución fisiológica, como medio de facilitar su dilatación.

5.^a — Contribución al reconocimiento del sitio preciso de inserción placentaria, por la colocación del polo inferior del huevo con el azul de metileno durante el parto.

6.^a — Del edema del labio anterior del cuello del útero, en las posteriores de vértice y su tra-

tamiento por el masaje metódicamente rápido, para facilitar el parto y evitar las correspondientes rasgaduras.

7.^a — Contribución al estudio de la dilatación artificial del cuello del útero, por el “Excito-dilatador”.

8. — Tratamiento de las hemorragias atónicas graves *post-abortionum* y *post-partum*, por las inyecciones de clorhidrato de Adrenalina en el parénquima uterino.

9.^a — Contribución al tratamiento de placenta previa total.

10.^a — Evacuación rápida del útero por la Cesárea vaginal, con el uso de la *metro-anestesia* ó *anestesia mixta*.

11.^a — Contribución á la ruptura artificial de las membranas por el trocar rompe-membranas.

12.^a — Tratamiento de la muerte aparente del recién nacido, por las inyecciones hipodérmicas de éther sulfúrico, á dosis relativamente masivas.

13.^a Contribución á la extracción de las nalgas—en el parto de nalgas—por medio de nuestro porta-lazo ó de una sonda rígida de jebe endurecido provista de su mandril.

14.^a Contribución á la craneotomía.



Señores:

Una de las paradojas mas originales de la enseñanza superior en nuestro medio, es que, algunas veces, los encargados de suministrarla ignoran el modo científico de llevarla á cabo. Por supuesto que en nuestra universidad, y de manera especial en la Facultad de San Fernando, han existido y existen, maestros eminentes, pedagogos natos, que bien podrían ser, en cualquier país, modelo de catedráticos y honra del profesorado. Pero si una larga carrera docente es ejecutoria de competencia, los que aspiran al titularato de una asignatura, deben acreditar su suficiencia, exponiendo el sistema didáctico á que piensan recurrir para desarrollar las proposiciones del programa que presentan.

Yo me hallo en este caso, y por eso me ha parecido indispensable, dedicar algunas líneas de mi programa, á la explicación del sistema pe-

dagógico que pienso emplear en la asignatura á que aspiro, y que ya he empleado, en parte, mientras dicté las lecciones de obstetricia como catedrático interino encargado del curso.

Para regentar bien una cátedra, no basta poseer á fondo la materia de ella; nó, es preciso algo mas, hay que saber enseñarla. Conocer y transmitir, son funciones correlativas, pero diversas. Es evidente, que la ignorancia de un conocimiento impide su comunicación, porque solo lo existente es trasmisible y quien no sabe las letras, mal puede enseñar á leer. Pero si el conocimiento á fondo de la materia de que se trata, es condición primaria para todo profesor, no es requisito único. Se puede ser sabio y, al mismo tiempo, incapaz de transmitir á otro la sabiduría. La enseñanza es una trasfusión psíquica, es el proceso en virtud del cual, un espíritu trasvasa á otro la realidad interna que posee; es la transmisión sistemática de conocimientos. Esta radiación de un cerebro á otro, constituye el segundo requisito fundamental para ser maestro.

Aunque en el maestro pueden existir condiciones innatas, como en el artista, los preceptos deducidos de la ciencia pedagógica, ayudan mucho en la enseñanza, pues son como las buenas rutas, que sin darle locomoción á quien carece de piernas, facilitan la marcha á los normales y,

les ahorran tiempo, evitando la ambulaci3n divagadora, las desviaciones perjudiciales.

Por eso, es obligaci3n primaria de todo maestro, conocer los principios b3sicos de la ciencia educativa, para amoldar 3 ellos su enseñanza.

El m3todo intuitivo es en el que se inspira la parte principal de mi sistema de enseñanza.

La verdadera enseñanza, para que resulte fecunda, debe ser no s3lo instructiva, sino tambi3n educativa. Esta necesidad educacional de la enseñanza es hoy por todos reconocida.

La misi3n de la enseñanza no consiste, 3nicamente, en ilustrar sino en cultivar al alumno. La pura instrucci3n, la exposici3n arbitraria de conocimiento ante un p3blico oyente y pasivo, llega, cuando mucho, 3 introducir en el cerebro de los auditores, ideas y nociones mas 3 menos desordenadas, sin conexi3n definida entre ellas. Tales alumnos, especie de cat3logos vivientes de conocimientos aislados, pueden llegar 3 parecer, quiz3s, eruditos, pero no son cultos, porque su mentalizaci3n no se ha robustecido, ni ha desarrollado sus actividades propias por un ejercicio adecuado de 3stas, por una gimnasia intelectual. Su cabeza es como un diccionario: hacinamiento de t3rminos independientes. Puede repetir, pero no pensar.

La simple enseñanza instructiva, es el diccionario de la ciencia: almacena en los cerebros conocimientos aislados. Para que éstos sean realmente útiles y fructíferos para la mente, del alumno, se requiere que la cultura los unifique, trasformándolos en un conjunto sistemático de verdades, que expresa el punto de vista personal y sustantivo á que, por su propio esfuerzo ha llegado el educando. Pues bien, esta revolución psíquica trascendental se logra con la enseñanza educativa.

La enseñanza educativa se obtiene mediante un conjunto de principios suministrados de acuerdo con el método didáctico que sea pedagógico. El método intuitivo es educativo de la mente, porque forma la capacidad de la inteligencia, porque desarrolla las actividades del sujeto. Ninguno mejor que él, podría introducir en el espíritu del alumno, por los múltiples canales de los sentidos, las nociones claras, precisas y persistentes de las cosas.

La intuición, pues, (de *intueri*, mirar) es el conocimiento inmediato, adquirido á simple vista.

El conocimiento intuitivo, para la ciencia de la educación, equivale al conocimiento sensible, es decir, al que se adquiere por medio de los sentidos.

Definido el método intuitivo, como el que apela á los sentidos para enseñar, veamos sus ventajas y sus alcances.

Toda cultura fecunda debe despertar una actividad espontánea; así como todo esfuerzo intelectual debe trasformarse, á la larga, en una especie de juego de la mente realizado provechosa y agradablemente. El método intuitivo se adapta á estas condiciones, por que satisface sus requisitos fundamentales. Desde el punto de vista material, es el método propio para enriquecer el conocimiento concreto; es, puede decirse, el método que forma la atención reflexiva, preludiendo así, el análisis y la síntesis que, en toda enseñanza, deben coronar la intuición científicamente buscada y conducida.

El método intuitivo, perfecciona, primero, la percepción sensible; fija después las imágenes en el espíritu del discípulo; el método intuitivo, por último, hace surgir ideas, y por eso prepara á mejores labores intelectuales.

De acuerdo con estos principios, una lección bien organizada, en la enseñanza, debe partir de la intuición, es decir, de la percepción sensible de la realidad que se estudia y elevarse hasta el análisis y la síntesis. El análisis tiene por fin, distinguir, clasificar y ordenar, por cate-

gorías genéticas, las nociones intuitivamente suministradas. La síntesis, coronamiento supremo de toda enseñanza, es la mentalización de lo aprendido, es su trasformación en ideas generales, desde el punto de vista personal y comprensivo de la materia asimilada; porque el objeto de la síntesis es formar, ejercitar el espíritu de conjunto.

Con la intuición se observa, con el análisis se abstrae, con la síntesis se medita. Observar, abstraer y razonar: he ahí las tres operaciones del espíritu que una buena enseñanza debe suscitar.

Me propongo orientar la enseñanza del curso de obstetricia, de conformidad con estas ideas fundamentales. Para ello, cuento con material didáctico suficiente para darle una amplia base intuitiva. Prescindiendo de los cartogramas y aparatos en madera y cartón que poseo, y de las diversas piezas anatómicas naturales y en cera, muchas pertenecientes a la Facultad, así como de los ejercicios prácticos que en la clase se haran constantemente, al pie del lecho de la parturiente, con el auxilio del maniquí, dispongo de dos preciosos medios de enseñanza esencialmente prácticos: el uno, está representado por la aplicación que ha dado el consultorio gratuito—donde acuden las gestantes y recién

paridas--que a petición mía, la Sociedad Pública de Beneficencia, tuvo á bien abrir y confiarme. Allí, desfilarán todos los días ó en días alternados buen número de casos, los mismos que servirán de material de enseñanza para las alumnas en forma particularmente práctica y provechosa, como en breve tendré la oportunidad de hacerlos conocer en sus más mínimos detalles.

El otro medio de aprendizaje al que me he referido está constituido por más de 500 dispositivos fotográficos y esquemáticos y de una linterna de proyecciones adecuadas que me permiten fijar, mediante la intuición, de modo claro, fiel y preciso, los casos genuinos é importantes de la ciencia á la que desde hace ya veinte años me dedico.

Partiendo de las intuiciones suministradas por ese amplio material gráfico que ha de formar el núcleo sustancial de mi enseñanza, me será relativamente sencillo conducir á mis alumnas á meditar sobre lo aprendido y á elevarse á los conceptos generales de ese ramo de los conocimientos humanos.

Por supuesto que, además de estos principios fundamentales, he de recurrir, en mi enseñanza, á los múltiples procedimientos que la ciencia de la educación prescribe, para despertar

el interés de las alumnas y suscitar su atención. Por eso—sin prescindir del método magistral, que la cultura universitaria exige—no me olvidaré de la mayeútica socrática, de ese “parto de los espíritus” empleado por el gran Sócrates, que por interrogaciones acertadas se conduce á la inteligencia de los oyentes á descubrir la verdad, la misma que se desea enseñarles.

Tengo la esperanza, de que la aplicación de estos principios á la enseñanza de la obstetricia, dé los frutos que en todas la ramas del saber humano ha dado, con lo que quedarían satisfechos mis mas vivos anhelos de propender al desarrollo de los conocimientos obstétricos en mi país y formar parteras, que unan á su eficiencia especializada, la idea de la alta y noble misión que están llamadas á llenar en el Perú.

Definición é Historia de la Obstetricia

DEFINICIÓN.—La palabra obstetricia se deriva de una voz latina que quiere decir estar parado en frente ó en presencia.

Según su origen, significa esta palabra la asistencia dada á la mujer en el parto. La significación moderna es más amplia, incluye el estudio de la fisiología y patología de la concepción, gestación, del parto y puerperio, con las complicaciones y consecuencias correspondientes; abraza, por consiguiente, el estudio de todas las enfermedades propias á la mujer, adquiriendo, por lo tanto, una importancia cada día mayor de conformidad con la evolución rápida de la ciencia médica.

En cuanto al origen real de la obstetricia, no sólo se remonta á los tiempos máslejanos, sino que se confunde, sin duda alguna, con el de la humanidad.

Quien tenga la más ligera noción de lo que es el parto, sus sufrimientos y atribulaciones, no puede suponer que la mujer de los tiempos pri-

mitivos haya sido excluída de las leyes naturales de protección y amparo, cuando los sentimientos instintivos—á falta de recursos científicos—suplían á las reglas del arte que sobrevinieron más tarde.

Los primeros cuidados prodigados en el parto, han sido suministrados seguramente por mujeres de avanzada edad, sin más experiencia que la adquirida en si mismas y la que es natural suponer poseyeran en aquellos tiempos en que no contaban con otros recursos que la simple observación y sus instintos propios entremezclados con los infinitos conceptos supersticiosos que dominaban en esa época.

En la Sagrada Escritura figuran dos comadronas, Séfora y Fulia, encargadas por Faraón de matar al nacer á los niños que las hebreas, cautivas en Egipto, dieran á luz á fin de exterminar la raza.

Entre los hebreos, todo se redujo á consejos más ó menos vulgares, señalando posiciones especiales, como la conocida hoy con el nombre de genupectoral, para facilitar el parto. Los egipcios, se encontraban en el mismo estado que los hebreos, con los cuales vivían en comunidad de usos y costumbres.

Entre los griegos, puede decirse que el arte de los partos progresó algo; es así como Platón, en su obra *Tæcietetum*, habla de las atribucio-

nes especiales de las comadronas, quienes debían examinar á los novios, en vísperas del matrimonio, para determinar el estado de capacidad en que se encontraban con relación á sus funciones genésicas. Exigíase entonces que las comadronas hubieran contraído matrimonio, como garantía de sus servicios, por haber pasado el difícil trance del parto.

Hipócrates, recopiló y ordenó todo lo que los griegos, cuya ilustración era ya tomada en consideración, habían escrito, y con estos documentos — cuya importancia acrecentó considerablemente con sus contribuciones especiales — edificó las bases de la obstetricia, cuya forma dió á conocer después.

Hipócrates, se ocupó de manera muy particular del abuso que hacían los griegos de los abortivos, y con el propósito de evitar el aborto hacia jurar á sus discípulos que jamás los administrarían. Consideraba la fiebre que sobrevénia después del parto, como el resultado de la descomposición de los lóquios en la cavidad uterina. Ocupóse igualmente de la manera de facilitar el desprendimiento de la placenta y del mecanismo de corregir las presentaciones trasversales, para lo cual cuatro personas robustas cogían á la infeliz parturiente, por cada uno de sus miembros, y le imprimían brascas sacudidas;

cuando no lograban su intento de trasformar la presentación, la suspendían de los pies y la sometían á los mismos tormentos. Fué el primero que se ocupó del momento en que debía seccionarse el cordón del niño. La recopilación que él hizo de todo lo que se había dicho y hecho hasta entonces, daba una idea exacta del estado al que había llegado la ciencia en su época.

Los años y siglos transcurrían y apenas si se veía una tenue luz que iluminaba el campo de la obstetricia.

La Grecia antigua, que fué uno de los primeros países del mundo civilizado, fué también de los primeros que se ocupó de organizar corporaciones de mujeres, singularmente diferenciadas, que no tenían otro objeto que cuidar á las parturientes, llegando sus dominios en la práctica de los partos á tal estado, que casi eran únicamente ellas las que atendían á las parturientes. Es así como Galeno, consigna los nombres de algunas obras escritas por comadronas y relata la historia de la célebre Agnodice, quién disfrazada de hombre llegó á adquirir tal crédito en el ejercicio de su profesión, que despertó el más ardiente celo entre los médicos contemporáneos, los que, considerándola eunuco, la acusaron.

Teniendo en cuenta, además, la serie de errores que las comadronas cometían, prohibió el Areópago, en forma absoluta, que las mujeres atendieran á las parturientes, no obstante de encontrarse entre ellas algunas matronas como Cleopatra, Aspasia y Leydis, cuyos conocimientos fueron tradicionales. Poco después las principales damas reaccionaron en favor de Agnodiace y consiguieron que el senado revocara la ley volviendo desde entonces las mujeres al ejercicio de su anterior práctica: el arte de partear, solicitando á los cirujanos tan sólo en los casos difíciles y graves, quienes acudían sin aportar mayor provecho, toda vez que se encontraban desprovistos de bases científicas y conocimientos precisos aún sobre el parto normal, como puede deducirse de los manuscritos del mismo Hipócrates, quien creía que el feto abandonaba el vientre impulsado por el hambre, para lo cual se disponía con la cabeza en la excavación, el cuerpo arqueado y los pies en el fondo del útero, donde debía apoyarse para salir al exterior. De aquí nació la idea de obtener, por todos los medios, la presentación cefálica, y en la imposibilidad de conseguirla, considerábase el parto imposible y se recurría al destrozamiento de la criatura, sirviéndose de diferentes instrumentos: ganchos agudos y cuchillos en forma de uña,

destinados á la embriotomía que, como se ve data de una época muy remota.

En este estado de conocimientos estacionarios apareció el notable médico Celso, llamado el Cicerón de los médicos, el Hipócrates latino; quien refrescó las ideas y conceptos ya emitidos, ocupándose de manera especial de unos aparatos en forma de ganchos para extraer el feto y de la expulsión espontánea del feto muerto, en determinados casos.

Fué el primero, en indicar la dilatación del cuello del útero sirviéndose de los dedos, manobra conocida hoy con el nombre de dilatación manual, y expuso, además, las reglas de conducta que debiera seguirse para extraer la placenta retenida en la cavidad uterina ó sea lo que en la actualidad se conoce con el nombre de alumbramiento artificial.

Fueron admiradores entusiastas del arte de los partos en aquella época: Sorano y Moschion. Este último, dió á luz un excelente trabajo relativo á la preñez y enfermedades que impiden la concepción, embarazo y parto, siendo lo más completo que se conoció en esos tiempos en el arte de los partos. Todo esto revela el estado de adelanto en que se encontraba la obstetricia, y sino hubiera sido por la invasión de los bárbaros, que imprimieron un real y positivo retroce-

so al movimiento científico, los progresos habrían sido sorprendentes.

Con Filomeno, apareció el primer trabajo sobre la versión podálica, que bien pronto habría de caer en el olvido más completo, para reaparecer mucho tiempo después; fué este mismo, quien tuvo la idea de aplicar dos ganchos en lugar de uno para extraer la cabeza en los partos difíciles.

Galeno, no fué espíritu creador, es cierto, pero sí tuvo el mérito de vulgarizar práctica y velozmente las ideas y doctrinas de Hipócrates, las que supo hacer cultivar fielmente entre sus sucesores.

Oribacio, Aecio, Pablo de Egina y otros, no hicieron más que difundir los conocimientos que obtuvieron de sus antecesores, mereciendo sólo Egina, ser citado por sus tentativas sobre la acomodación artificial de la cabeza del feto en la excavación, cuando la encontraba fuera de ella; primer bosquejo de la maniobra de Champetier de Ribes.

Paralizado el movimiento científico por más de diez siglos, la Obstetricia sufrió las consecuencias de las guerras que se desarrollaron en aquellos tiempos y que condujeron al estado esencialmente embrionario muchos puntos que estaban ya en plena evolución científica.

En Arabia, no se avanzó casi nada en el arte de los partos, porque la ley de Mahoma, prohibía el examen de los órganos propios á las señoras, y además, por estar la Cirugía encomendada á los esclavos, por quienes no aceptaban ser reconocidas las damas embarazadas, en razón de la invencible repugnancia que sentían por tan justificado motivo. Los árabes, se redujeron, pues, á recopilar, á reproducir, en materia de partos, todo lo que sus predecesores inmediatos habían creado.

Sin embargo, aparte del limitado trabajo de rehabilitación científica, si así podemos llamar á los esfuerzos de los árabes, no dejaremos de poner en relieve los nombres de los médicos, Avicena y Albucasis, siendo este último quien historió en la mejor forma que los conocimientos de entonces permitían, la primera observación de embarazo extra-uterino y la expulsión del feto á traves de las paredes del útero. Entre sus creaciones figuran unas pinzas muy fuertes provistas de anillos circulares que con el nombre de *almisdach* servían para triturar la cabeza fetal cuando esta era voluminosa, y un especie de espéculum, destinado á dilatar el cuello del útero, que puede considerarse como el primer dilatador uterino.

Con Hipócrates, génio envidiable y figura culminante de su época, los usos y costumbres

que dominaban en el espíritu de los que pretendían cultivar el arte de los partos, fueron reemplazados por prácticas racionales, muchas de ellas fundadas en hechos de observación inspirados en el concepto científico, aunque embrionario, que lo caracterizaba.

Las doctrinas de Hipócrates, fueron diseminada por todo el Egipto y bajo el reinado de los Tolomeos, Alejandría, fué el centro de admirable actividad y progreso donde se llegó — prescindiendo de los preceptos sagrados — á abrir y explorar por primera vez, el cadáver de la mujer embarazada, levantando así súbitamente el velo misterioso que ocultaba el fenómeno del parto.

En Roma, las doctrinas de Hipócrates, aportadas por los médicos griegos, reinaron hasta la era cristiana, siendo muy insignificantes los progresos de esta ciencia hasta la edad media — siglos XII y XV — en que las célebres escuelas de Montpellier, Nápoles, Salerno, Pavia, París y otros, se empeñaron en la lucha científica por la obstetricia, tratando de imponerse, pero solo consiguieron confundir las doctrinas existentes con las supersticiones más groseras: creían en la fuerza de atracción de los amantes á cuyos espíritus invocaban escribiendo sobre el papel una parte del Salmo Miserere Mei Domine, luego la-

vaban dicho papel en el agua que daban á beber á la parturiente en los casos difíciles. El destro-zamiento del feto alcanzó entonces proporciones indescriptibles.

En Alemania, en el siglo XV, aparecieron algunos libros dedicados á las parteras, que no eran más que la reproducción textual de los trabajos ya existentes entremezclados de imágenes.

Hay que convenir que el arte de los partos no fue verdadera ciencia hasta el siglo XVI, en que la Francia, país privilegiado por excelencia colocóse á la vanguardia de los trabajos científicos, impulsando el arte de los partos considerablemente.

En esta obra de resurgimiento figuran los nombres de Eustaquio, Falopio, Vesale, Hervey etc., quienes, con la cooperación de sus variados é importantes trabajos anatómicos y fisiológicos, reedificaron, por decirlo así, las bases de la Obstetricia, que se encontraba envuelta en infinitos errores, levantando su nivel y el de la medicina en general muy por encima de aquel en que la habían encontrado.

Entre los nombres célebres de esta época, existe uno, cuya significación descolló visiblemente entre sus contemporáneos, tal es Ambrosio Paré, (1510-1590) que del modesto oficio de barbero pasó á la alta categoría de médico mi-

litar, miembro de la sociedad de cirugía, alcanzando, por último, á mérito de su original talento y notable audacia, el alto puesto de cirujano del rey. A él, se deben los conocimientos de todo lo que se había hecho hasta entonces en materia de trabajos científicos.

Ambrosio Paré, fué el introductor en la cirugía, de las ligaduras de los vasos, y quien sacó del mas completo olvido á la versión podálica creada por Filomeno; de esta manera redujo considerablemente el número de embriotomías que era el recurso obligado en los casos difíciles, casos en los que se tomaba muy poco en consideración el estado del feto, por quien Paré, se interesó ardientemente, dejando así vibrante la nota más simpática de su pasado profesional. Aquí no termina la apología de Ambrosio Paré; la cirugía obstétrica debe á esta eminente figura, la más brillante página de su historia, con su hermosa creación: la Cesareana en la mujer viva que practicó por primera vez.

Guillemeau, condiscípulo de Pedro Franco y notable discípulo de Paré, continuó la escuela de éste, y enriqueció la literatura obstétrica con no pocos trabajos de alta significación. En el Hotel Dieu, de París, abrió al público su servicio de maternidad, donde acudían en gran número las majeres para dar á luz, que no querían po-

nerse en manos de las comadronas. Esta fué la primera maternidad del mundo y el primer centro colectivo de irradiación de ideas científicas que, nacidas allí, habrían de difundirse luego en los demás países del mundo.

A Guilleméau, sucedió el gran Mauriceau, siglo XVII (1637-1709). La sola exposición que hizo de sus 3000 observaciones, base de su importante tratado de partos, es ya bastante para darse idea de su competencia y laboriosidad; exposición que le valió el singular renombre que la ciencia le reservaba entre sus contemporáneos. Fué nombrado partero de la maternidad del Hotel Dieu, de la que hizo el centro de sus notables labores profesionales, que dieron por resultado el poderoso acrecentamiento del rádio de acción de la Obstetricia en general y particularmente de la obstetricia operatoria, con el cuantioso contingente de sus intervenciones y descripciones diversas.

Algún tiempo después (1649-1729) Julio Clement, contemporáneo de Mauriceau, y partero de la Corte de Francia, fué solicitado repetidas veces para asistir á la esposa de Felipe II; las parteras creyéronse lastimadas moralmente y en defensa de la religión, que dieron por ofendida, protestaron enérgicamente contra la usurpación de sus derechos valiéndose de la publicación de volantes y folletos destinados á com-

batir el ejercicio de la obstetricia por los médicos.

En este estado permaneció la ciencia Obstétrica algún tiempo, avanzando únicamente en Holanda, donde el genial Eque Deventer (1651—1724) la impulsó considerablemente con la publicación de sus importantes trabajos, entre los que la “Nouvel Lumier”, sus escritos sobre el papel que juega la pelvis en obstetricia y otros trabajos de gran aliento, revelan todo la significación del genial Enrique Deventer. Después de los trabajos de Harvey, sobre la circulación, se aclararon las ideas concernientes á la nutrición fetal *in-útero*. Regner de Graaff, descubrió y dió su nombre á los folículos del ovario y el microscopio permitió á Ham y Leeuwenhoek, (1677) reconocer la existencia del espermatozoide.

Poco después, Peter Chamberlen, de Inglaterra—el anciano—inventa el forceps. Como muy bien se ha dicho al origen de la historia del forceps está unido un sentimiento de egoismo vituperable. En efecto: Peter Chamberlen, miembro de familia inglesa, tuvo el brillante ingenio de inventar un instrumento al que denominó forceps, término cuya traducción en español es pinza, destinado á extraer el feto del claustro materno en los partos difíciles.

La especulación, sentimiento primordial en su espíritu averiado, dominó al principio de hu-

manidad, lo que hizo permanecer oculto este secreto por más de un siglo, sin que saliera del seno de la familia. En 1870, Hugo Chamberlen, continuando el espíritu de especulación de sus antecesores se dirigió á París, con el objeto de vender el secreto á la escuela de medicina; no habiendo conseguido su intento por su manifiesta incapacidad al frente del caso que Mauriceau, le había ofrecido para probar la bondad de su instrumento, dando lugar al más desastroso resultado con la muerte de la parturiente, cuya autopsia acusó grandes destrosos de la matriz, que encerraba aún el feto. Decepcionado por el fatal resultado, regresó á Londres, donde adquirió renombre científico y numerosa clientela con la exposición de los trabajos de Mauriceau.

Obligado á salir de Inglaterra por asuntos de negocios, se refugió en Holanda, logrando vender su secreto á Roonhuysen, quien inmediatamente lo hizo conocer al colegio de Amsterdam, que lo explotó en forma grosera al punto de imponer por ley que solo podría ejercer la obtetricia el que hubiera adquirido dicho secreto mediante el pago de una fuerte suma; y no fueron pocos los que, apesar de satisfacer esta exigencia pecuniaria, como Jacobo de Vicchee y Hugo de Poll, no lograron su propósito, pues se les dió

conocimientos limitados del forceps Chamberlen. No tardó mucho en que dos celebridades contemporáneas, Smellie y Lebrecht, animados de los mejores sentimientos y propósitos científicos, entraran en conocimiento de las pocas ideas que divulgaron las primeras víctimas del engaño, y con estas bases, que fueron bien pronto desarrolladas, edificaron los forceps que llevan sus nombres, señalando al mismo tiempo las indicaciones y perfeccionando su técnica hasta entonces mal concebidas, con lo cual el uso del forceps, entró de lleno en la práctica obstétrica (1730) que tanto ha beneficiado á la humanidad.

El instinto, que á falta de bases científicas, ha dominado siempre en el espíritu humano, encontró su eco en Avicena, Abulkasis y otros médicos que tuvieron la idea de usar instrumentos especiales para vencer las dificultades consiguientes á los casos difíciles; recayendo sobre Alberto Palfyn, cirujano de Gante, la gloria de ser el autor indiscutible de la primera observación publicada relativa á la extracción del feto con el forceps de su invención; instrumento que presentó á la Academia médica de París, en 1723, y que consistía en dos cucharas macizas de hierro que se aplicaban asisladamente y unían entre sí por medio de un lazo.

Figuran entre las celebridades que sucedieron á Mauriceau: Portal, De la Motte y Peu que se hizo notable por su obra de partos, fruto de más de cuarenta años de labor. Luisa Bourgeois, que se ocupó en 1609 de manera especial del aborto y algunos otros temas de importancia, como fué el relativo á la esterilidad y muy en particular el que trata de la desocupación rápida del útero en las hemorragias del embarazo, que fué publicado dejando muy buena impresión. Después figuran los nombres de Gervais, Dionisio, Clement, Puzos y otros, que hicieron verdadera labor en favor de la obstetricia francesa, sobresaliendo en 1747 Lebret, autor del forceps que lleva su nombre; forceps que, aunque inspirado en el modelo de Chamberlen, no por eso dejó de aportar inmensas ventajas á la técnica operatoria, contribuyendo eficazmente al éxito ó resultado práctico de las intervenciones.

El nombre de Williams Smellie (1680-1760) es para la historia obstétrica de Inglaterra, lo que el de Lebret, para la historia francesa; ambos fueron representantes de escuelas rivales á las que acudían en pos de luces científicas los profesionales de todas partes del mundo. Los forceps que llevan sus nombres ofrecen á la simple vista una diferencia tan marcada en su natura-

raleza y dimensiones que constituyen toda una revelación del concepto que cada cual tenía del rol que corresponde al partero: es decir, que mientras Smellie, consideraba el forceps como elemento complementario de las fuerzas naturales, Lebrei, lo estimaba como agente principal, como elemento de lucha contra las resistencias materiales del trabajo.

A fines del siglo XVIII, Baudelocque, digno sucesor de Mauriceau, dirigió la enseñanza de los partos en París, en el hospital que lleva su nombre, donde perfeccionó algunas intervenciones, sobre todo, las relativas á la reducción de la cabeza del feto en las pelvis estrechas.

La diferencia de nivel científico entre Francia y Alemania, en época de Mauriceau, fué tal, que cuando en el Hotel Dieu de París, la maternidad estaba ya en plena evolución de desarrollo y prosperidad, en Alemania (Leipzig) era la esposa del alcalde quien se encargaba de resolver los diversos asuntos concernientes á la obstetricia.

Fried, de Alemania, inició, sin embargo, en 1729, el movimiento científico en favor de la obstetricia, que sacó, por decirlo así á la Alemania del sueño que la inmovilizaba hacía algunos años, tratando de restablecer en parte el equilibrio de su estado científico. Sin embargo, fué Ro-

dhion, de Francfort, quien publicó la primera obra de partos después de Moschion; y Roederer quien imprimió la verdadera fisonomía científica á los trabajos obstétricos en su país, lo que dió margen á la fundación de las escuelas de parteras en Berlín y Viena.

Poco después vemos aparecer con los nombres: Ritgen, Osiender, Fritsch, Martin, Schröder, Bandl y otros autores, excelentes trabajos, muchos de los que han sido verdaderas creaciones, y como tales, fieles exponentes del elevado grado de cultura al que llegó este país en aquella época, á mérito de sus esfuerzos y ambiciones científicas rápidamente conducidas.

En Italia, en los tiempos antiguos, se hicieron célebres: Arencio, discípulo de Vesalle, por la importancia de sus trabajos, siendo notable entre ellos la descripción anatómica del útero en gestación. y Escipión Mercuri, por sus diversas publicaciones.

En Rusia, son dignos de especial mención los nombres de Bush y Slebienski, Walter, Scholtz Wiglie.

En Norte América, han existido gran número de parteros, que si bien es cierto no datan de una época muy antigua, no por eso carecen de respetabilidad tan merecida, ocupando prefe-

rente lugar, entre otros, Parvin, Lusk, Simpson, Dewees, Hirst, y otros.

En 1846, Warren, de Boston, practicó con buen éxito la primera narcosis al éter, que el químico Jackson, le había recomendado. Simpson al siguiente año preconiza el cloroformo; entrando desde entonces ambos cuerpos en el dominio de la práctica.

En estos últimos días estamos empeñados en conseguir un procedimiento especial de anestesia por el uso de inyecciones hipodérmicas y no sería raro que contribuyéramos en algo algún día á solucionar este importante problema que tanto nos preocupa.

La *antisepsia*, nota resaltante del siglo XIX, tiene en su origen puntos de contacto con la obstetricia. En efecto, si reconstituimos en parte la historia de la infección puerperal, veremos que Jokson, á fines del siglo último, la atribuía á la impregnaeión del aire de los hospitales por los miasmas pútridos emanados de los enfermos; bosquejo evidente de la idea contagiosa y epidémica que tenía en su concepto la infección puerperal.

Kneeland, en 1846, precisa más aún la contagiosidad de la fiebre puerperal, y en 1847 Semmelweiss, imbuído en estas mismas ideas, robustecidas en la maternidad de Viena, campo

de sus observaciones, demuestra de manera palpitante, por la patología experimental, la exactitud de este principio de contagiosidad.

Partiendo Semmelweiss, del concepto ya emitido de que las parturientes eran infectadas por las materias pútridas que él consideraba de fuente cadavérica y transmitidas directamente por las manos de los médicos y estudiantes, mira entonces el fenómeno infeccioso con la poderosa lente de su cerebro y sienta de un sólo golpe las bases incommovibles de la antisepsia, aconsejando el empleo de cloruro de cal, como desinfectante de las manos y de las salas de los enfermos. Todo esto ocurría, pues, veinte años antes que Lister, se ocupara definitiva y eficazmente de la antisepsia de las heridas.

M. Tarnier, en 1857, llegó por sus observaciones personales á la misma concepción de la fiebre puerperal que Kneeland y Smmelweiss: defiende la idea del contagio producido por un virus especial existente en el organismo de las mujeres infectadas y susceptible de transmitirse clinicamente, de una mujer á otra; experimentalmente, de una mujer á un animal.

Con el valioso concurso de la cirugía, que ha invadido en la actualidad casi todos los ramos de la ciencia médica, la obstetricia ha resuelto

algunos problemas que eran de difícil é imposible solución no hace mucho. En tal concepto, esta ciencia exige hoy de los especialistas, como requisito obligado, los conocimientos prácticos de ginecología y operaciones del vientre, que constituyen dos ramas importantes de la cirugía, á las cuales está íntimamente vinculada la obstetricia operatoria en la actualidad.

Las delicadas intervenciones, perfeccionadas en estos últimos días y conocidas con los nombres de Cesareana vaginal (á incisión simple ó doble) y Supräsinfisárea, están indudablemente relacionados á tres respetables parteros de Alemania: Dürssen, Sellheim y Doderlein y constituyen los mejores exponentes del grado de cultura quirúrgica que exige la obstetricia en la actualidad.

Dejaríamos trunca la historia de los Partos é interrumpida la relación de sus celebridades, si no consideráramos los nombres de los inmortales parteros de la Francia: quiero referirme á Dubois, Maygrier, Baldeoque, Depaul, Pajot, Tarnier, Budin, Mme La Chapelle, etc., y á los que figuran en la actualidad con refulgente brillo, ya en la cátedra de la Escuela de Medicina, ya en las clínicas: Pinard Paul, Bar, Couvelaire, Bonnaire, Demelin, Potoki, Brindeau, Lepage, Wallich y otros muchos insaciables colaboradores de la obstetricia francesa.

DOS PALABRAS

sobre la Historia de la Obstetricia Nacional

Seré breve en la historia de la Obstetricia Nacional, que si no cuenta con brillantes páginas que pudieran enriquecer la literatura obstétrica en general, sin embargo, no carece de alguna importancia. Es así como los nombres de los respetables parteros: Morales Alpaca, de Arequipa, é Ignacio Acuña y Rafael Benavides, de Lima, son los mejores exponentes de nuestra participación ya, desde época lejana, en el desarrollo del arte de Hipócrates.

En honor á la justicia y en mérito á la verdad, al principio fundamental de la modificación que el profesor Tarnier, aportó al forceps Le-bret, cual es la determinación del sentido de las tracciones siempre en relación con el eje de la hila pervi-genital, está vinculado el nombre de un partero peruano, el malogrado clínico Morales Alpaca, señalado en la historia del forceps en todas las obras de partos.

El Dr. Ignacio Acuña, dedicó toda su vida

profesional á la práctica de los partos y como fruto de observación y experiencia, escribió un libro dedicado á la enseñanza de las alumnas de obstetricia en el Perú; enseñanza que dirigió por largos años con el debido acierto y provecho. Su obra fué, pues, adoptada por las alumnas hasta hace poco.

Tócanos señalar al distinguido profesor y clínico sagaz, Dr. Rafael Benavides, profesional predestinado en razón de su inclinaciones naturales á la enseñanza de la obstetricia entre nosotros. El afable maestro, que regentó la cátedra por muchos años, si no fué un creador, supo difundir con la claridad y método que le caracterizaban, las ideas, principios y doctrinas que constituyeron el bagaje científico que aportó de Europa, donde fue á perfeccionar sus conocimientos en esta delicada y difícil rama de la medicina. Allí se distinguió al lado de Tarnier, cuya escuela pudo cultivar algún tiempo, entre los médicos extranjeros, por su consagración é interés especial y asíduas labores, que permitieron más tarde al ilustre maestro, al regresar á su país, el honor de ser considerado entre los contribuyentes de más valía en favor de la obstetricia nacional, y á quien debemos los conocimientos adquiridos en nuestra escuela, todos los que nos dedicamos hoy á la ciencia de los partos.

PLAN DE ENSEÑANZA

CONSIDERACIONES GENERALES

El problema relativo á la enseñanza de las alumnas de obstetricia, no había sido aún resuelto, en forma oficial y definitiva; pero, su solución no me parece hoy difícil, muy lejos, la creo un hecho realizado. Para lograrla ha sido necesario el conocimiento de algunos factores que sólo podían hallarse en el campo de la observación y en la práctica de la enseñanza seguida cierto tiempo; sin embargo, esto no quiere decir que el plan de enseñanza que he concebido no sea susceptible de sufrir algunas modificaciones que pudieran surgir de la práctica y de la experiencia personal de mañana; pero sus grandes líneas, sus bases fundamentales quedarán trazadas desde ahora, lo cual bastará para que dicha enseñanza sea provechosa.

Interesado como estoy en hacer conocer, con la mayor claridad posible, el plan general de estudios que yo impondría á las alumnas, desde el momento en que pretenden dedicarse á la pro

lesión de obstetriz—estando aún en las escuelas particulares, á cuya época me parece que debemos remontarnos—hasta que sean diplomadas por la facultad, me voy á permitir hacer la gráfica, por decirlo así, de la manera como concepción debe hacerse la enseñanza entre nosotros y que, desde ahora lo diré, será esencialmente práctica, demostrativa é inductiva cual se estilaba en nuestros días.

Es evidente que el grado de preparación de las alumnas, en general, debe estar en relación con los fines que persiguen; por esto, las que van á ingresar á la facultad para dedicarse á la obstetricia, deben aportar una suma de conocimientos tales, que les permita seguir los estudios superiores sin experimentar las dificultades propias á la mala ó deficiente preparación. No debe haber transición brusca al ingresar á la escuela de medicina para seguir los estudios correspondientes, sino continuación suave, metódica y moderadamente progresiva de los ya efectuados en los colegios ó casas particulares, formándose así; primero, la afición al estudio, convertible después en amor á la ciencia.

Ahora bien, para que las alumnas sigan con agrado sus propias labores y muy en particular sus estudios superiores, necesitan aportar á la facultad de medicina, como bagaje preparato-

rio, un conjunto de nociones ó principios elementales de anatomía, fisiología, higiene, física, química, historia natural, mecánica y algunos otros de menor importancia; nociones ó principios que encontrándose señalados en los diversos capítulos de Obstetricia, sería inconveniente y pesado hacer á la vez su explicación y la del tema fundamental al cual se aplican; y al no hacerlo así la enseñanza se resentiría, sería deficiente.

En virtud de lo expuesto, voy á indicar someramente, en primer término, las condiciones que deben satisfacer las aspirantes de obstetricia, para ingresar á la facultad de medicina. Me ocuparé en seguida del plan de enseñanza que me parece conveniente debe adoptarse en nuestra escuela.

Condiciones que deben reunir las aspirantes a la Facultad de Medicina para seguir la profesión de obsettriz

Ante todo, comencemos por declarar que es necesario é indispensable levantar el nivel de la obstetriz, en relación con su jerarquía profesional y con su rol social; hay que elevarla á la altura que su noble misión le señala,

Las parteras no deben ser asistentes mecánicas, sino personas idóneas, cultas, diferencia-

das científicamente y dotadas, además, de las condiciones capaces de permitirles resolver los múltiples y delicados problemas que la práctica diaria puede ofrecerles: ya de orden profesional, social ó legal.

Desde el punto de vista profesional, la partera está llamada á desempeñar un rol más interesante de lo que parece á primera vista. En efecto, á ella se acude, no pocas veces, apenas se sospecha el embarazo, siendo, por consiguiente, depositaria del secreto que de este estado hacen en los primeros tiempos algunas señoras. Además, sabido es que en ciertas ocasiones á la obstetriz se acude con prescindencia absoluta del médico, en el que ni siquiera se piensa, recayendo sobre ella, entonces, toda la fé y confianza con que las circunstancias le favorecen.

En consecuencia, tócale á la partera hacer el diagnóstico incipiente del embarazo, prestar sus consejos y servicios á la recién embarazada, seguirla en su embarazo, atenderla en su parto y puerperio y prestar todos los cuidados al recién nacido, en sus primeros días, cuyas indicaciones son cumplidas fielmente. Y llega el caso, raro por fortuna, en que la obstetriz tiene que librar una verdadera campaña para ocurrir al médico en el momento indispensable y preciso de salvar su responsabilidad: tales la obstinación

que algunas veces se observa y la importancia que asume la partera

De conformidad con el concepto que acabamos de emitir — que es evidentemente real é indiscutible — se deduce que la obstetriz, no sólo debe conocer científicamente el mecanismo del parto, la higiene del embarazo y puerperio, sino también la puericultura intra y extra-uterina, ya que entre otras razones, debe tratar de corresponder á la confianza que ha inspirado á su cliente, contribuyendo al mismo tiempo al bienestar de la madre y, lo que es más importante aún, á la disminución de la mortalidad infantil, que con harta frecuencia se debe á la falta de conocimientos y cuidados correspondientes á estos diversos estados de la vida genital de la mujer y del producto de la concepción en los primeros días y en el curso de su vida intra-uterina, así como en el parto y días subsiguientes, períodos de la vida del nuevo ser, que suelen estar bajo el dominio exclusivo de la obstetriz.

Desde el punto de vista social, la partera debe ser tomada en consideración, hoy más que nunca, ya que se trata de levantar su rol profesional, al cual no puede dejar de estar vinculada su significación social.

Por lo mismo que la partera tiene que actuar en las diferentes esferas sociales, tratando desde la

dama más encumbrada hasta la más modesta cliente, debe ser afable, educada y discreta; de suave y esmerado trato, de finas y delicadas costumbres que la hagan apropiada para embellecer, por decirlo así, la noble profesión que ejerce y a cuyo fin debe cooperar constantemente.

La obstetriz, debe ser sagaz y atinada para tratar á su cliente; y sobre todo, para exponer á los interesados los temores que le inspiren los casos serios, en los que está obligada á solicitar el auxilio del médico especialista, cuya presencia exigirá sin producir el desconcierto ni el desequilibrio moral que dominan en estos instantes. Unida á su cliente por los sagrados lazos de la asistencia profesional, no puede dejar de compartir con ella, de las inquietudes y sufrimientos que en tan amargos momentos se originan, quedando, por tan justificados motivos, en condiciones de excepcional distinción, de la que se hará acreedora con tanta más facilidad cuanto mayor sea el grado de cultura y sagacidad de que disponga.

Desgraciadamente, la labor de levantar el rango social-profesional de la obstetriz, no es obra de un día, nó! Es increíble el desdén ó repugnancia con que las alumnas, sobre todo las de instrucción media, miran la carrera de obstetriz á la que consideran de muy escasa sig-

nificación social, de muy poco valor profesional y quizás si algunas razones les asiste por ahora.

¿En que consiste aquel prejuicio ó falta de interés y hasta desprecio, digámoslo claro, con que se mira la carrera de obstetriz.... ?

¿Cuáles serían los medios de contrarrestar tal prevención?..... He aquí la cuestión mirada desde su verdadero aspecto, desde su aspecto práctico.

La extraordinaria facilidad con que se ingresa á la facultad de medicina, sin más requisitos que los certificados de instrucción primaria, legítimos ó nó y de buena conducta—al alcance de cualquiera—explica ampliamente la heterogeneidad del personal, origen y causa única de tan señalada prevención; por consiguiente, nuestra facultad, que tantas pruebas nos ha dado del interés y celo con que mira los diversos asuntos de su incumbencia, no puede ver indiferente tal situación y no dudo que tome parte activa en la lucha por el mejoramiento del personal, en relación más que nada con su capacidad intelectual, bastándole para ello poner en práctica las medidas que indicaremos más adelante al referirnos á las condiciones que deben satisfacer las alumnas para ingresar á la facultad.

Funcionan en la capital, algunos colegios en los que se hace la enseñanza de instrucción me-

dia, y en el Callao otros tantos, arrojando cada año un total considerable de alumnas que han concluído la instrucción media; y, no obstante de la elevada cifra de señoritas que han terminado, ninguna ha ingresado á la facultad para seguir la profesión de obstetriz. No puede haber mayor prueba del desinterés y marcado desdén que las niñas tienen por dicha profesión entre nosotros.

El mal es lamentable, no hay duda; pero el remedio está al alcance de vosotros, señores profesores, los encargados de dirigir y difundir la enseñanza en la mejor forma posible.

La circunstancia de cerrar herméticamente las puertas de la escuela á las alumnas que no presenten sus certificados de haber estudiado los cinco años de instrucción primaria y que no reúnan los nuevos requisitos señalados en nuestro plan de estudios, sería suficiente para despertar, por esta pequeña exigencia, el deseo y hasta el entusiasmo por una profesión hoy abandonada casi, pero en adelante y por estos medios resurgida, y que bien pudiera merecer la preferencia á otras muchas en recíproco y común beneficio entre las profesionales y el resto de la humanidad.

Luego, la prensa, ilustrando aún más, predisponiendo, ganando las voluntades en general, con la presentación de este nuevo horizon-

te de reales y positivos recursos, fruto de la reforma de la enseñanza; ligeras conferencias en los colegios particulares y la simple entrevista con las directoras, quienes ilustrándose, ilustrarían á su vez á sus alumnas sobre el nuevo aspecto de la obstetricia, haciéndoles ver las conveniencias de seguir la profesión, serían otros tantos medios para emprender con éxito la campaña en el sentido indicado, señalando este nuevo camino á los buenos elementos que están en pos de un porvenir y que seguramente lo hallarían allí.

He aquí, pues, la forma que por el momento se me ocurre, de coadyuvar con eficacia á la solución del interesante problema obstétrico de orden social—profesional que tenemos entre manos, y que á todos nos incumbe en razón de nuestras propias conveniencias, de nuestros propios intereses y más que nada por espíritu de patriotismo y de humanidad; solución que traería indefectiblemente, en último análisis, un doble beneficio, pues la ciencia tomaría lo que se merece: el elemento presentable, bien preparado é inteligente; y la industria el excedente: los brazos; consiguiéndose de este modo realizar el ideal fenómeno de la auto-selección del personal, en virtud del que cada cual ocuparía, en la vida real y efectiva, el lugar que sus condiciones le designe.

Desde el primer instante en que medité el plan de estudios que debiera aplicarse á las alumnas de obstetricia—buscando su mejor preparación—tuve la idea de indicar la necesidad de exigirles para su ingreso á la facultad, los certificados de haber cursado los cuatro años de instrucción media; pero cuando fijé mi atención sobre las materias correspondientes, quedé convencido del error profundo en que había estado.

Si es verdad que el solo estudio de instrucción primaria—según el régimen antiguo en que los años de estudio eran tan solo tres—puede considerarse insuficiente, no es menos cierto que el conocimiento de las muchas materias comprendidas en los cuatro años de instrucción media, es demasiado ó cuando menos sin aplicación práctica para el objeto.

En efecto: ¿de qué sirve á la obstetriz, conocer la Trigonometría, el Algebra, la Geometría, Economía Política, Literatura, Filosofía, Fundamentos y Dogmas, etc?

Sería ilógico sustraer del limitado campo de actividad cerebral de la estudiante, del señalado poder de sus facultades intelectuales, un tiempo tan importante como aquel que invertiría en el aprendizaje de las materias precitadas, cuando

bien podría utilizarlo con positivo provecho dedicándolo á labores de mejor aplicación

Evidentemente que es demasiado estudio preparatorio para ingresar á la facultad á seguir la profesión de obstetrix, el comprendido en los cuatro años de instrucción media y positivamente insuficiente el que correspondía á la instrucción primaria, según el régimen antiguo; por manera, que he concebido la idea de solucionar el problema, exigiendo—para que las alumnas no estudien ni más de lo necesario ni menos de lo indispensable—que aporten como bagaje preparatorio los certificados correspondientes á los cinco años de instrucción primaria (según régimen actual) y además que estén afectas á un examen de admisión y selección que tendrá lugar en la facultad. Esto, en mi concepto, bastaría para asegurar la buena preparación de las alumnas, el buen personal, y obviar, al mismo tiempo, las dificultades y tropiezos que hoy encuentran al ingresar á la maternidad.

ESTUDIO CLINICO OBSTETRICO

Su mecanismo moderno

Deseoso de sepultar la detestable y anticuada forma teórica de la enseñanza, he dispuesto el mecanismo, por decirlo así, de la enseñanza obstétrica, de manera que las alumnas, inclusive las del primer año que como es sabido frecuentan los anfiteatros, puedan sin inconveniente alguno dedicarse á sus labores hospitalarias desde el primer día de su ingreso á la facultad, toda vez que en mi concepto la maternidad es la casa obligada de las alumnas de obstetricia.

Para llenar el objeto deseado he conseguido de la Beneficencia Pública de Lima, la creación y apertura de un *consultorio* ó servicio externo, bien dispuesto, como es de estilo en las maternidades de los principales centros, donde harán su práctica las alumnas en general y particularmente las del primer año, aún en los meses que frecuentan los anfiteatros; meses en los cuales, de conformidad con las disposiciones reglamentarias del plan de estudios al que ellas deben sujetarse, hallaran en dicho *consultorio*, los medios indispensables para el buen aprendizaje, sin ne-

cesidad de internarse en el departamento de trabajo de la maternidad, ni en las salas donde se hospitalizan las parturientes, lugares á los cuales solo podrán ingresar, con entera libertad, las alumnas del segundo, tercero y cuarto año y las del primero, concluída su práctica en el anfiteatro de anatomía.

A dichas consultas acudirán en demanda de los servicios profesionales, en gran número, las gestantes y además las recién paridas, solas ó acompañadas de sus bebés, hayan desembarazado en la maternidad ó en sus domicilios particulares, las mismas que servirán de material de enseñanza á las alumnas.

He querido, pues, dar á la enseñanza no sólo la forma esencialmente práctica —exprefeso una vez más repito—sino relacionar su organización con el problema nacional que tanto vale y nos preocupa, como es el de la natalidad y protección del recién nacido, para quien todo lo que se ha hecho y haga nunca será demasiado.

CONSULTORIO DE LA MATERNIDAD.—*Su funcionamiento.*—Este servicio es de una importancia capital para la buena marcha de la maternidad, pudiendo considerársele como la llave maestra de su funcionamiento regular. Alimenta por decirlo así, la enseñanza y práctica de las alumnas en general y particularmente las del primer año

que, durante la época que frecuentan los anfiteatros, no pueden contar con otra fuente de aprendizaje que no sea ésta: la del *consultorio de la maternidad*; fuente fecunda en enseñanzas que, como hemos dicho ya, debe estar localizada en la parte externa y libre del establecimiento y enteramente independiente del pabellón de trabajo donde se asisten las parturientes, así como de las salas comunes en que se hospitalizan las embarazadas y recién paridas.

He dicho que este servicio externo de consulta desempeña un doble rol de vital importancia y de significación diferente, pero que concurre en sus efectos á complementarse recíprocamente asegurando, a la vez, la buena organización y regular funcionamiento de la maternidad y el mejor aprendizaje de las alumnas.

¿Como hemos hecho en el consultorio, la enseñanza de las alumnas, durante el último año que la facultad tuvo á bien encomendárnosla?— He aquí un nuevo problema que someto á vuestra consideración, con la esperanza de que lo encontraréis resuelto.

Entre las personas que solicitan los servicios de la consulta, que funciona en las mañanas y en días alternados, figuran como hemos dicho ya, en primera línea, las mujeres embarazadas: sea que deseen desembarazar en la maternidad

ó en sus domicilios particulares, pero que en todo caso solicitan los consejos é indicaciones relativas á su estado; y además, las *recién* desembarazadas solas ó acompañadas de sus bebes.

Las gestantes y recién paridas reciben, a medida que van llegando á la consulta, una ficha numerada que les indicará el orden en que deben ser atendidas, ocupando mientras tanto una sala especial — *sala de recibo* que es bastante buena é higiénica—donde se les encarga guardar la mayor compostura. De allí pasan, siguiendo el orden establecido, a la segunda sala — *sala de consulta* — en la que la partera en jefe del servicio hace el interrogatorio concerniente á sus antecedentes, motivos de la consulta, etc., datos que anota en la respectiva tarjeta de las que dispone el *consultorio*, si la consultante va por primera vez ó en las que ellas presentan si han asistido ya a la consulta; de esta manera guardamos toda la discreción posible respecto de algunos datos que pudiera ser mortificante para la interesada exteriorizar públicamente en presencia de las numerosas asistentes é intresadas en el consultorio que encontrará mas adelante en la *sala de examen*.

Ya en posesión de su tarjeta, que llamaremos de identificación, pasa la mujer á una pequeña

sala — *sala de toilette* — que hemos hecho construir recientemente, en la que se hace el aseo correspondiente, muy en particular el de los órganos genitales externos y viste luego con ropa *ad hoc*, compuesta de camisa de tocuyo y chaqueta simple, ocupando en seguida la *sala de examen*. Esta ropa que no debe faltar en los *consultorios* de las maternidades.

Conceptúo inútil insistir sobre las providencias que deben observarse en la práctica de estos exámenes para asegurar la fe y confianza del público, descontando de hecho la aprensión del personal movable, digámoslo así, que forma la consulta de la maternidad y base de su existencia.

Todas estas medidas higiénicas relativas al aseo personal, antes del reconocimiento, se toman en presencia de la enfermera de turno que siempre debe existir en el servicio de la consulta, encargada de la dirección y cumplimiento de estas disposiciones, así como de velar por la limpieza y buena presentación del necesario indispensable.

Ya preparada la gestante, en la forma indicada, pasa á la sala de reconocimiento—*sala de examen*—provista de tres camas, situadas en el centro de ella, para poder ser rodeadas por las alumnas, bien orientadas con relación á la luz y separadas por biombos formados de un simple

marco de madera tapizado de género blanco, cuyo precio es ínfimo.

Dispuestas convenientemente las mujeres en cinta, en sus respectivas camas, son examinadas por mí, é inmediatamente después se designa la alumna ó alumnas que deben examinarlas, á su vez, siguiendo aproximadamente el orden ó método que les he indicado ya. En el curso y al final de este examen, interrogo á la alumna sobre el punto ó puntos que creo conveniente y sobre ello versará la explicación sintética de los principios, doctrinas ó temas que constituirán la verdadera enseñanza en la forma práctica sobre la cual hemos insistido é insistiremos mientras nos ocupe el mecanismo de la enseñanza; naturalmente que en esta sala contamos con los medios indispensables para la mejor ilustración de las alumnas.

Del conocimiento preciso de los diferentes datos suministrados por el examen de la gestante, en la forma que acabo de indicar, se seleccionan aquellos de capital importancia que deben ser anotados; corrigiendo, agregando ó complementando los recogidos por la partera y alumnas de guardia, que se hallarán en la correspondiente tarjeta de identificación de la consultante: antecedentes patológicos, obstétricos, edad en que aparecieron las reglas, su curso, último pe-

modo, conformación de la pelvis, estado del útero, época del embarazo, altura de la matriz, peso de la gestante, estado de la orina, y de los órganos genitales, etc., etc. También se anotará, tratándose del bebe, en su correspondiente tarjeta, los diversos datos concernientes á la fecha del nacimiento, edad de la criatura, sexo, antecedentes hereditarios; alimentación: cantidad y calidad de alimento, orden de la alimentación, curva de peso, naturaleza de las deposiciones, indicaciones especiales; datos que se modificarán en cada visita, de conformidad con la marcha general de la gestante, recién parida ó bebe.

Atendiendo á la responsabilidad profesional que asumimos al plantear la enseñanza en esta forma, creo deber ineludible manifestar que la parte del examen obstétrico relativa al tacto, no será permitido á las alumnas que se encuentren haciendo su práctica en el anfiteatro de anatomía, así como tampoco á las que hayan estado asistiendo casos de infección, compromiso que se obligarán á respetar bajo su palabra de honor.

Las alumnas de años superiores, es decir, las del segundo, tercero y cuarto año y las del primero terminada su labor escolar en el anfiteatro, harán su práctica, además, en la misma maternidad, allí al frente de las parturientes y

puérperas, con el concurso de los diversos medios de que ya nos hemos ocupado: piezas anatómicas, mapas murales, proyecciones escogidas, que con gran esfuerzo he logrado.

En virtud de lo expuesto, las alumnas historiarán de la manera más completa los casos prácticos que se les designen, acopiando el mayor número de datos para la correspondiente crítica que tendrá lugar todas las mañanas aún en los días de lección — que serán dos veces por semana — con el fin de poner el V.^o B. á las historias para darles la importancia y significación que deben tener estos preciosos documentos.

Es innegable que en cada consulta se ensuciarán algunos campos, sábanas y camisas, pero este inconveniente no tiene importancia, dado los múltiples beneficios que dichas consultas han de reportar á las alumnas y gestantes en común y recíproco provecho.

Esta es la única manera de formar estadística, convirtiendo las historias en verdaderos documentos, de donde puedan deducirse conclusiones y hechos de indiscutible valor científico.

Por lo que hace á los guantes de jébe indispensables para el examen interno,—salvo la sumerción total del dedo en tintura de yodo— las alumnas están obligadas á suministrárselos con su propio peculio y á entregarlos á la per-

sona encargada de su conservación: dichos guantes serán hervidos, antes de comenzar la consulta, teniendo cuidado de envolverlos previamente en género blanco en el cual estará escrito el nombre de la alumna á quien corresponden.

Me parece casi inútil indicar la necesidad que tienen las alumnas de usar sus correspondientes mandiles ó blusas, cuyo estilo se les indicará oportunamente; blusas que adquirirán con su propio peculio, cuidando de su limpieza.

ANATOMIA DE LA PELVIS

Nueva faz de su enseñanza á las alumnas

En cuanto al estudio de la anatomía de la pelvis—por ser labor esencialmente práctica—creo no sólo necesario sino aún indispensable hacerlo en el anfiteatro de anatomía y nadie se encontraría mejor acondicionado para el caso que el jefe de los trabajos prácticos, hoy el doctor Montero, cuya competencia y pericia es reconocida por más de una generación.

Es de gran importancia que las alumnas comiencen por hacer vida de anfiteatro: manejando cadáveres, disecando músculos, descubriendo arterias y nervios, único medio de formarse concepto claro, preciso y práctico de la anatomía de la pelvis, base fundamental de la obstetricia y cuyo estudio debe preceder, por más de una razón, al del parto propiamente dicho.

Durante el tiempo que las alumnas frecuenten el anfiteatro, les será prohibido en lo absoluto ingresar á la sala de trabajo de la maternidad, así como tampoco podrán ponerse en relación con las gestantes y parturientes hospitalizadas, toda vez que, por exageradas que fueran

las precauciones tomadas para evitar las funestas consecuencias de tal promiscuidad, la observación y la experiencia prueban que es preferible, con todo, separar en forma absoluta y radical á las personas que ingresan á los anfiteatros á manejar cadáveres, de las parturientes cuyo estado de singular delicadeza les impone las mas severas leyes de higiene. De este modo se contribuye eficazmente en favor de la profilaxia de la infección puerperal; profilaxia cuyos preceptos son más fáciles de observar que tratar las enfermedades ó trastornos consiguientes á su omisión. Por esto, se dice que en la infección puerperal, el tratamiento está casi constituido por la profilaxia.

Es evidente, además, que para tomar verdaderas precauciones, respecto á la desinfección en general y en particular á la de las manos, es necesario tener un concepto muy arraigado de la asepsia y antisepsia, y no encontrándose en estas condiciones las alumnas que recién se inician, sería casi imposible evitar los gravísimos peligros que resultarían si á la vez practicasen en los anfiteatros y frecuentasen los hospitales.

De otro lado, no hay que olvidar que las condiciones económicas de muchas alumnas de obstetricia, no les permitiría seguir las prescripciones higiénicas que ordena ó impone el cam-

bio diario de ropa y llevarían por lo tanto consigo los gérmenes de la infección.

En abundamiento de razones que impulsan frecuentar al mismo tiempo los amiteatros y maternidades, bástame recordar el caso tan elocuente de la maternidad de Viena, en su origen, cuando se fundó esta maternidad, fue dividida en dos pabellones, uno para los estudiantes de medicina y otro para las estudiantes de obstetricia, arrojando el primero una mortalidad aterradora que subió hasta el 32 o/o según Saniéwicz [en el año 1842, de 233 parturientes murieron 75], mientras que la mortalidad era insignificante en el segundo pabellón, el de las estudiantes; circunstancia que llegó á ser del dominio público en tal forma, que las parturientes al ingresar á la maternidad, en medio de sus dolores y angustias clamaban de rodillas que no se les llevara al pabellón de los estudiantes, porque allí se creían predestinadas á la fatalidad; hasta que un día por desgracia y por fortuna, habiéndose inoculado el dolo, al practicar una autopsia, el profesor de esa maternidad, Dr. Kolletschka, en 1847, y muerto en consecuencia, se constataron en su autopsia las mismas lesiones que se hallaron en los cadáveres de las parturientes víctimas por infección que lo había precedido, lo cual ponía de manifiesto en forma

indiscutible que las manos de los estudiantes servían de órgano trasmisor, de vehículo, por decirlo así, de los elementos causales de tan elevada mortalidad.

Para terminar diremos: que conceptúo indispensable á todo estudiante, sea de obstetricia, de odontología ó de cualquiera otra rama de la ciencia médico-quirúrgica, una época de prueba cadavérica, de estadía preparatoria de anfiteatro, que sirva para compulsar sus aficiones, aptitudes y facultades especiales, sus predisposiciones propias, auto-seleccionándose de este modo en su comienzo los profesionales, con lo cual disminuiría quizá su número; pero..... vaya la calidad por la cantidad!

En consecuencia proponemos:

Señalar los dos ó tres primeros meses del primer año escolar, al estudio de anatomía de la pelvis, que debe ser hecho en el anfiteatro, bajo la dirección del jefe de los trabajos prácticos — en las horas convenientes — sin perjuicio de hacer la práctica clínica-obstétrica correspondiente en la maternidad y en la forma que indicaré más adelante al ocuparme del capítulo II concerniente al estudio *clínico-obstétrico*.

Nociones bacteriológicas

Las mismas razones que hemos expuesto para proponer en forma reglamentaria el estudio de anatomía de la pelvis en el anfiteatro de anatomía, nos servirán ahora para indicar la manera de adquirir las nociones de bacteriología que, de una vez lo diremos, también deben ser en forma práctica y en el laboratorio correspondiente que, dada la índole reducida de estos estudios, es tarea simple y corta.

Ahora bien, si el conocimiento práctico de anatomía de la pelvis es tan necesario para darse cuenta exacta de las lesiones anatómicas que el parto pudiera producir y de sus fatales consecuencias, cuando pasan inadvertidas ó son mal tratadas, los conocimientos bacteriológicos no son menos necesarios para evitar un fenómeno mas trascendental aún, cual es la complicación de estas lesiones — LA INFECCIÓN — que cuando sobreviene produce un conjunto de perturbaciones y un estado de desequilibrio tan formidable, en la mayor parte de los casos, que supera en mucho á la importancia y consecuencias de las

lesiones de orden anatómico que le han precedido; infección, que aún cuando se domine, deja casi siempre huellas indelebiles que constituyen un mal sin remedio, un mal perdurable.

En consecuencia; es inculcando en la mente de las alumnas, la fé real en la existencia de los infinitamente pequeños, produciendo en su espíritu el terror á sus perniciosos efectos, como se conseguirá dotar á cada una de ellas, del caudal de conciencia necesaria que opondrán en su práctica á ese terrible flajelo que tantas víctimas nos cuesta; precauciones sobre las cuales nunca insistiremos lo suficiente en obstetricia.

Por esto, proponemos como necesidad emanada del fondo de nuestras convicciones, ya que algunas veces hemos sido intensa y profundamente impresionados por desgracias inevitables, é inevitables desde su principio—como suele suceder en las infecciones—que las alumnas del primer año dediquen al laboratorio de bacteriología una hora siquiera dos veces por semana, durante el tiempo que sea necesario para que obtengan los conocimientos bacteriológicos estrictamente indispensables para interpretar debidamente los diversos fenómenos obstétricos, y particularmente los relativos á las infecciones; conocimientos que hay que difundir entre dichas alumnas, repito, con todo empeño é interés si es

que se quiere hacer labor eficaz en favor de la profilaxia de la infección puerperal.

Nociones terapéuticas

Algunos conocimientos prácticos de las nociones terapéuticas que deben poseer las obstetrices, los adquirirán las alumnas en el curso de la enseñanza, á medida que se presente la oportunidad de hacer uso de los diversos agentes que la terapéutica obstétrica recomienda, insistiendo, de manera particular, sobre aquellos cuerpos que la ciencia moderna señale en lugar preferente.

Sin embargo, proponemos, á semejanza de lo que se hace en otros lugares, que los conocimientos prácticos, ordenados y metódicos, de terapéutica, así como los de fisiología, química, etc., á semejanza de los de anatomía y bacteriología, se adquieran en las cátedras correspondientes que se dictan en la escuela de medicina, y que dada la disposición de nuestro plan de estudios, que como es sabido obliga á las alumnas á permanecer en los hospitales durante las mañanas, quedarían libres en las tardes que podrían utilizarlas con tales fines.

DIVISION DEL CURSO

Reducir el plan de estudios impuesto á las alumnas aspirantes, á las materias esencialmente necesarias é indispensables para constituir el bagaje preparatorio, prácticamente comprendido y equilibrado, que las pretendientes á obstetrices van á buscar en los colegios, en vista de su ingreso á la maternidad, es marcar un paso adelante en el camino de la enseñanza de los partos.

De conformidad con las ideas y principios que sostengo, he dispuesto el plan de estudios, que someto á vuestra consideración, de manera que las alumnas puedan emprender con entera libertad y sin restricción alguna sus diversas labores. En tal virtud, he dividido la Obstetricia, en cuatro partes correspondientes á los cuatro años de estudios que son:

Primer año de Obstetricia. — Este año comprende:

El embarazo fisiológico: Estudio anatómico y fisiológico del embarazo, comprendiendo de manera especial la anatomía de la pelvis.— Estudio clínico del embarazo. — Higiene del embarazo. En este año se estudiará en forma práctica el desarrollo del huevo, así como la

parte esencialmente anatómica de las pelvis viciosas.

Segundo año de Obstetricia.—Este año estudia:

El parto fisiológico: Parto propiamente dicho.—Alumbramiento normal.—Puerperio fisiológico, puerperio propiamente dicho y estudio del recién nacido después del parto á término.

Tercer año de Obstetricia. — Este año comprende:

Las afecciones comunes á los tres períodos del estado puerperal que son: Enfermedades del aparato digestivo, del aparato respiratorio, circulatorio.—Enfermedades del sistema nervioso, del aparato genital, del aparato urinario.—Enfermedades generales y discrásicas.—Eclampsia puerperal y Hemorragias puerperales. — La Patología especial del parto. — Los accidentes que sobrevienen á consecuencia del parto.— Las dificultades de éste: tales son la distocias.

Cuarto año de Obstetricia. — Este año trata:

De las operaciones obstétricas: Estudio clínico del forceps.—Versión.—Interrupción artificial del embarazo.—Parto prematuro artificial. — Parto metódicamente rápido.—Acelaración

del trabajo.— Embriotomías.— Operaciones Cesáreas. — Sinfisiotomía. — Isquio-pubiotomía: operación de Farabeuf.—Talla lateral del pubis: operación de Gigli.

De la Patología especial del alumbramiento. —Dificultades del alumbramiento.—Anomalías del alumbramiento.—Alumbramiento artificial.

De la Patología especial del puerperio, que estudia: las infecciones maternas y las del recién nacido.

Consideraremos, antes de abordar el estudio de las intervenciones, el capítulo de la *anestesia obstétrica*, para terminar con el estudio de la moral profesional relativa á nuestra especialidad.

Quiero dejar constancia que el estudio de la mayor parte de las operaciones francamente quirúrgicas, será hecho en forma ligera, cual corresponde á la verdadera condición de la partera, que no tiene por qué conocer—en todos sus detalles — aquellos puntos de cirugía obstétrica, que están fuera del dominio de su práctica; conocimientos que sustraería á las alumnas, un tiempo precioso aplicable con más ventajas á otros de finalidad práctica inmediata.

Curso de extensión obstétrica

Nuestro radio de acción en pró de la reforma de la enseñanza de la sección de obstetricia (La Maternidad) racionalmente considerado, no lo creemos tan solo limitado á las alumnas de Partos. NÓ...! Abarca y debe abarcar aún á las diplomadas que, por encontrarse en plena labor profesional, necesitan más que las alumnas adquirir, ellas mismas renovar sus conocimientos poniéndose así al corriente de las prácticas modernas, con lo cual harían inapreciable bien á la sociedad en recíproco y común beneficio entre ésta y la corporación. La tarea reaccional ha sido iniciada ya por mí, en el curso del año en forma disimulada.

La facultad debería exigir á toda profesional que tenga más de tres años de recibida, la tarjeta correspondiente que acredite haber seguido el curso de extensión obstétrica.

He aquí, además, una fuente de recursos que, aunque modesta, incrementaría los fondos deficientes destinados al servicio y funcionamiento de la maternidad.

De esta manera, se establecerían verdaderas jerarquías en el seno de la obstetricia, cual precioso estímulo para el mejoramiento de la corporación; pues de hecho quedaría impuesta la diferenciación entre ellas: habría parteras de 1.^a y 2.^a clase, según que adquiriesen ó nó el certificado que acreditara haber sido aprobada en el examen del curso de extensión ó perfeccionamiento que hubiesen seguido durante un año íntegro en la maternidad, certificado que lo expediría la facultad de conformidad con el grado de aprovechamiento de la interesada. Sería éste, en nuestro concepto, uno de los medios más eficaces de contribuir en favor de esta doble faz del problema nacional que tanto significa: me refiero al amparo que debemos dar á la embarazada, sea cual fuere su condición social y más que nada al recién nacido, por quien se hace muy poco en los centros de beneficencia y nada en lo absoluto, en nuestra maternidad, que está obligada á evolucionar en breve en el sentido indicado.

PARTE DESCRIPTIVA

PRIMERA PARTE

ANATOMIA

CAPITULO PRIMERO

ANATOMIA DE LA PELVIS

Es desde todo punto de vista conveniente comenzar el estudio de la obstetricia, por el de la anatomía de la pelvis en el anfiteatro.—Comprende: la pelvis ósea, las partes blandas que la tapizan exterior e interiormente y los órganos genitales externos é internos.—Hecho este estudio, daremos comienzo al de las glándulas mamarias.

Son conocimientos anatómicos prácticos los que acabamos de señalar de absoluta necesidad é indispensables para poder continuar con provecho el estudio de la parte fisiológica.

I.—HUESOS Y ARTICULACIONES

Como queda dicho en la parte doctrinaria, este estudio será hecho en el anfiteatro, por el jefe de los trabajos prácticos, ó el profesor del curso, si la facultad así lo dispusiera.

HUESOS DE QUE SE COMPONE LA PELVIS: dos impares situados sobre la línea media; hacia atrás, el sacro y el coxis; dos pares colocados sobre los lados: los huesos iliacos ó de la cadera. — Descripción completa de cada uno de ellos. — Su desarrollo.

ARTICULACIONES DE LA PELVIS

Los huesos iliacos, el sacro y el coxis, están reunidos entre sí por articulaciones llamadas sínfisis: *sínfisis pubiana*, *sínfisis sacro iliaca*, y *sacro coxigia*. — Superficies articulares. — Medios de unión y ligamentos periféricos y extra-articulares.

II.—DE LA PELVIS EN GENERAL

HUESOS QUE LA FORMAN. — Situación: colocada en la parte inferior del tronco, cuyo peso soporta y lo trasmite á los miembros inferiores; sirve también para proteger los órganos conte-

nidos en su cavidad y, en el momento del parto, es atravesada por el feto.

Partes de que se componen en el sentido de altura: pelvis mayor y pelvis menor.

I. PELVIS MAYOR

La pelvis mayor se encuentra limitada hacia afuera y atrás por las fosas iliacas internas y la cara antero-superior del sacro; se extiende de la cresta iliaca al borde óseo llamado *línea innominada*, que constituye el contorno del estrecho superior. Hacia atrás, la pelvis mayor presenta una gran escotadura ocupada por la cuarta y quinta vértebras lumbares y por masas musculares. Hacia adelante, otra escotadura aún más grande cerrada por la pared abdominal anterior.

RELACIONES.—DIMENSIONES (Pelvimetria).—Medida de los diámetros de la pelvis normal.

1.º Diámetro transversal biespinoso ó inter-espinoso antero-superior: 23 á 24 centms.

2.º Transverso máximo [comprendido entre los tubérculos del glúteo medio]: 26 á 28 centímetros.

3.º Transversal [comprendido entre las dos espinas iliacas póstero-superiores] ó diámetro

interespinoso póstero-superior: 7,5 á 10 centímetros.

LOSANGE Ó CUADRILÁTERO DE MICHAELIS.— Situación. — Límites de este cuadrilátero. — Su importancia.

Otros diámetros de importancia clínica en obstetricia.

1.º El diámetro bitrocantariano: 32 centímetros.

2.º Antero-posterior externo, conjugado externo ó de Baudelocque: 20 centímetros.

3.º Los diámetros oblicuos, en número de cinco, son de gran importancia para reconocer si las dos mitades de la pelvis son iguales entre sí ó al contrario si la pelvis es asimétrica.

II. PELVIS MENOR

El estudio de la pelvis menor es mucho más importante desde el punto de vista obstétrico que el de la pelvis mayor. Este canal cilíndrico, muy regular, presenta tres partes: una abertura superior llamada *estrecho superior*; una abertura inferior ó *estrecho inferior*; y una porción intermediaria ó sea la *excavación*.

ESTRECHO SUPERIOR.—Su descripción anatómica.—Dimensiones.—Tres variedades de diámetros:

1.º Antero-posteriores *promonto suprapubiano* de once centímetros; *promonto pubiano mínimo* 10 y $\frac{1}{2}$ centímetros.

2.º El diámetro *transverso máximo* (diámetro bisiliaco) 13 centímetros y medio.—Diámetro *transverso medio*.

3.º Diámetros oblicuos: izquierdo y derecho: 13 centímetros.

ESTRECHO INFERIOR.—Su descripción y límites. Forma.—Dimensiones. Diámetro antero-posterior ó *coxi-subpubiano*: 9 centímetros; diámetro transverso: 11 centímetros. Diámetros oblicuos.

III.—PLANOS Y EJES DE LA PELVIS

POSICIÓN DE LA PELVIS.—Se entiende por posición, el ángulo ó inclinación de la pelvis con respecto al tronco y al horizonte. La inclinación del plano del estrecho superior al horizonte en la posición de pié es de 55 á 60 grados; y la inclinación del estrecho inferior con respecto al mismo horizonte es de 10 grados. Ejes del estrecho superior y del inferior.

Dirección de la excavación. — Eje de la excavación.

IV.—CAVIDAD PELVI-ABDOMINAL

Es el espacio comprendido entre el tórax y la parte inferior de la pélvis menor, convertido por las paredes músculo-membranosas del vientre en una cavidad cerrada; cavidad pélvi abdominal. — *Cavidad abdominal*. — Partes óseas y blandas que la constituyen.—Su división en nueve regiones: En el medio: de abajo á arriba, hipogástrico, ombligo y epigástrico; á los lados: fosas ilíacas, flancos é hipocondrios. — *Partes blandas que tapizan la cara interna de la pélvis*. — *Partes blandas que cierra por abajo la excavación pelviana* y conocidas con el nombre de *suelo pelviano ó perineal* [músculos, aponeurosis, vasos y nervios]. — Su división en dos planos: superior é inferior.—Órganos contenidos en la excavación pelviana. — Los órganos contenidos en la semi-esfera hueca de concavidad dirigida hacia arriba constituída por el diafragma pelviano y aponeurosis correspondientes son: el recto, la vagina, el útero y sus anexos; finalmente la uretra y la vagina.

Canal pelviano y partes blandas que lo revisten modificando sus dimensiones y formas.

V.—DESARROLLO DE LA PELVIS

La pelvis del recién nacido es diferente en su forma á la pelvis del adulto; tiene la forma infundibiliforme con el promontorio mucho menos saliente y la excavación achatada.

Puntos de osificación primitivos del desarrollo del sacro, coxis y huesos ilíacos.

Caracteres de la pelvis en la época del nacimiento.

VI.—PELVIS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Modificaciones que experimentan los ligamentos y las partes blandas bajo la influencia del embarazo y del parto. Movimientos alternativos de descenso y de elevación de cada una de las ramas del púbis. Movimientos de báscula del sacro. Reblandecimiento de los ligamentos fibrosos que completan las paredes de la excavación pelviana.

Pelvis según las edades y según las razas.

CAPITULO II

DE LOS ORGANOS GENITALES

Los órganos de la reproducción de la mujer, son descritos en dos grupos: órganos genitales

externos, incluyendo la vagina, y órganos genitales internos.

I.— ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

Estos órganos colocados en la parte antero-inferior de la pelvis, entre las raíces de los muslos comprenden: el monte de *Venus*, los labios mayores, labios menores ó ninfas y el clítoris, y se les dá el término general de vulva. Estudio descriptivo de estos órganos incluyendo las glándulas sebáceas y las glándulas vulvo-vaginales ó de Bartholin, homólogas de las glándulas de Cowper en el hombre.

VAGINA E HÍMEN.—Situación de este conducto músculo-membranoso, virtualmente cerrado que vá de la vulva al útero. Forma y relaciones. Superficie interna.—Paredes anterior y posterior. Dimensiones. Cintura. Bulbo de la vagina. El hímen. Su estructura y forma. Arterias y venas de los órganos genitales externos. Arterias vaginales (tres territorios vasculares superpuestos, comunicando entre sí: Las vaginales superiores, de la rama cérvico-vaginal de la uterina; las vaginales medias, de la arteria vaginal propiamente dicha; las arterias vaginales inferiores; vienen de una rama de la hemorroidal

media. Venas vaginales, plexos linfáticos, innervación. Estudio completo de estos sistemas.

II.— ORGANOS GENITALES INTERNOS

Los órganos genitales internos, son los verdaderos órganos de la concepción: el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

I.— UTERO

El útero ó matriz es un órgano musculoso hueco, destinado á contener en su cavidad el producto de la concepción y expulsarlo llegado el término de su desarrollo.— Situación. — Forma en la mujer nulípara y en la multípara. — Porción superior ó cuerpo. — Porción baja ó cuello. — Istmo del útero. Porción supravaginal del cuello; porción vaginal ú hocico de tenca.

SUPERFICIE DEL UTERO. — Cara anterior y posterior.—Borde superior ó fondo de útero.— Dos bordes laterales, que dan inserción á los ligamentos anchos y por donde penetran los vasos y nervios del útero.—Dos ángulos superiores, ó cuernos uterinos, que se continúan con las trompas de Falopio. — Ligamentos redondos. Ligamentos útero-ováricos.—Extremidad inferior del útero ú hocico de tenca adonde está implantado el orificio externo del canal cervical.

RELACIONES DEL ÚTERO, al nivel del cuerpo y del cuello.

SUPERFICIE INTERNA: cavidad del cuerpo; cavidad del cuello y cavidad del istmo. Dimensiones del útero en la nulípara.—Peso, capacidad.

Caracteres del útero en la multipara. — Dimensiones.—Peso.—Capacidad.—Caracteres de su superficie interna.

EXTRUCTURA.—Estudio de sus tres tunicas: la serosa externa, la muscular media, y la túnica mucosa.

LIGAMENTOS DEL ÚTERO. — Ligamentos anchos.—Ligamentos redondos.—Ligamentos posteriores ó útero-sacros. Estudio descriptivo.—Sus relaciones con los órganos de la cavidad pelviana.

TEJIDO CELULAR PELVIANO.

II.—TROMPAS

Las trompas de Falopio ú oviducto, son dos conductos que ponen en comunicación el útero con la cavidad peritoneal y permiten el pasaje del óvulo y de los espermatozoides.

SITUACIÓN.—Situados á cada lado del útero en un repliegue especial de la parte posterior del ligamento ancho (ala media del ligamento ancho.)

DIRECCIÓN.—Forma.—Dimensiones.

ESTRUCTURA. — Túnicas de que se compone.
Franjas del pabellón.— Ligamento y franja tubo-ovariana.

III.—OVARIOS

Estos órganos fundamentales del aparato genital de la mujer contienen, en efecto, los óvulos ó gérmenes femeninos.

SITUACIÓN. — Dirección. — Su sostenimiento en la cavidad pelviana por el ligamento útero-ováricos.

FORMA.—Estudio de sus dos caras; dos bordes y dos extremidades.

ASPECTO DEL OVARIO, y desarrollo.

DIMENSIONES.

ESTRUCTURA.—Estudio de la capa epitelial; de la capa ovígena con sus folículos de Graaf; estudio de su capa bulbosa.

Folículos de Graaf.—Probable coincidencia de la ruptura de este folículo con la época del flujo menstrual; ayudado probablemente por la congestión general que ocurre en los órganos de la reproducción en aquel momento, y por cambios de necrosis que ocurren en las células de las paredes foliculares que llegan á la superficie del ovario.—Descripción anatómica de estos fo-

fículos y de las vesículas de Graaf.—El óvulo.—
Su estudio anatómico.

IV.—VASOS Y NERVIOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES INTERNOS

Vasos sanguíneos del aparato útero-ovárico.

ARTERIAS.—Cuatro arterias principales: dos arterias, *espermáticas internas* ó *útero-ováricas* y las dos arterias *uterinas*.—Descripción y relaciones de estas arterias.—Sus ramas principales.—Arterias del ligamento redondo.

VENAS UTERINAS.

VASOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS. — Su descripción.

Nervios provenientes de los plexos hipogástricos y ováricos.—Su trayecto y distribución.

CAPITULO III

MAMAS

Estos órganos destinados á la secreción láctea están situados en número de dos, en la pared anterior y lateral del pecho, á la altura de la tercera á la séptima costilla.

FORMA.—Conformación exterior.—Su circunferencia.

DIMENSIONES—Su consistencia.

GLÁNDULAS MAMARIAS.—Su descripción: lóbulos, lobulillos y canales excretores.

VASOS SANGUÍNEOS y nervios

VASOS LINFÁTICOS.

SEGUNDA PARTE

FISIOLOGIA

Funciones de los órganos genitales de la mujer antes del parto

Duante el período de la vida conocido con el nombre de pubertad, se vé aparecer en la mujer una serie de fenómenos exteriores, como el desarrollo y sensibilidad de los senos, ensanchamiento de la pelvis, cambio de carácter etc., etc., que son el indicio de modificaciones más profundas en el organismo. Los ovarios y el útero son el asiento de los fenómenos de la pubertad, como son la ovulación y menstruación, de que nos ocuparemos sucesivamente.

I.--OVULACIÓN

Fenómenos de que se compone: maduración y ruptura de la vesícula de Graaf, y excur-

sión del óvulo. — Edad en que se realizan estos fenómenos. Migración del óvulo. — Estructura.

Cuerpos amarillos de la menstruación y del embarazo.

Manera como se forman. Estructura. Su rol.

II—MENSTRUACIÓN

La menstruación pertenece casi exclusivamente á la especie humana, es una función fisiológica con la que se inicia la pubertad, y cuyo estudio á nadie interesa mas que á las parteras; al hacerlo se procurará darle la amplitud que le corresponde.

Sinonimia. — Proceso del flujo menstrual. Caracteres.—Marcha.—Duración.—Cantidad de sangre perdida en este proceso.—Fuentes de esta pérdida mensual. — Periodicidad de las reglas.— Su primera aparición. — Influencia sobre el estado general. — Desviación de las reglas.— Supresión temporal de las reglas.— Sus modificaciones y anomalías.— Significación biológica de la menstruación.

RELACIONES ENTRE LA OVULACIÓN Y LA MENSTRUACIÓN.— Ovulación sin menstruación.—

DE LA MENOPAUSA. ó edad crítica. — Duración de la actividad del sistema genital.— Influencia del clima y de la raza.—Trastornos del organismo en esta época.

HIGIENE DE LA MENSTRUACIÓN. — Su importancia.

III.—FECUNDACIÓN

La fecundación es, en su esencia, la fusión íntima de la vesícula germinativa y del centrosoma del espermatozoide. — Estudio de estos elementos: óvulo y espermatozoide.—Ascensión de los espermatozoides para ponerse en contacto con los óvulos.— Explicación de esta migración. — Adónde se hace la fecundación. —Cómo se verifica la fecundación. — Marcha del óvulo á la cavidad uterina.— Llegada del óvulo fecundado al útero.— Momento favorable de la fecundación.— Fenómenos íntimos de esta función.

ESTERILIDAD.— Causas del lado de ambos sexos.

FECUNDACIÓN ARTIFICIAL.—Breves nociones.

TERCERA PARTE

EMBRIOGENIA

DE LA MUCOSA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO.—Modificaciones que experimenta.—Explicación de estos cambios.

ESTRUCTURA.—Estudio de la caduca uterina parietal, directa verdadera y de la caduca refleja ú ovular. — Caduca inter-útero-placentaria ó serotina.

EL HUEVO.—Fertilización.—Segmentación.—La vesícula blastodérmica. — La formación del embrión.—La formación de las tres hojas del blastodermo: Hoja externa ó ectodermo; hoja interna ó endodermo; hoja media ó mesodermo. —Mancha embrionaria: formación y desarrollo progresivo del embrión.—Formación de la vesícula umbilical.—Primera circulación.

ALANTOIDES—Formación del amnios, del corion y de la caduca. Líquido emiótico.—Desarrollo de estos órganos.

CONDÓN UMBILICAL.— Origen, longitud y grosor.—Aspecto del cordón umbilical.—Estructura.

Arterias: las arterias están situadas en especial al rededor del cordón.

PLACENTA.—Su forma.—Sus diámetros y circunferencias. —Su peso.—Espesor en sus diferentes secciones.—Estudio de su cara uterina; de su cara fetal y de su circunferencia. — Inserción del cordón en la placenta: inserción *central*, *lateral*, *marginal*, en *raqueta*. — Inserción *velamentosa*.

ESTRUCTURA.

EMBRIÓN Y FETO.—Dimensiones y peso en los diferentes períodos de su vida intra uterina.— Longitud.— Peso según la época del embarazo. — Peso del niño á término: 3250 gramos. Caracteres generales del feto á término.

FISIOLOGÍA DEL FETO

Nutrición.—Diversas fuentes de nutrición.

Hematosis fetal.

Circulación. — 1.º Onfalo-mesentérica. 2.º Halastrídea. y 3.º Placentaria.

Hematopoesis fetal.

Secreciones.—Piel. Mucosas. Serosas. Orina.

Inervación.

Viabilidad, vitalidad del feto.

FETO Á TÉRMINO

Caracteres del feto á término. Peso. Longitud. Cabeza del feto. Bóveda del cráneo. Fontanelas. Base del cráneo. Organos torácicos. Organos abdominales.

CUARTA PARTE

EMBARAZO

DEFINICIÓN.—Se dá el nombre de embarazo al estado funcional en el cual se encuentra la mujer, durante todo el tiempo del desarrollo del huevo.

VARIEDADES.—El embarazo puede ser *uterino* ó *extra-uterino*. Es generalmente *simple*, pero en algunos casos se desarrollan varios fetos y el embarazo es llamado *múltiple*.—En los casos patológicos puede encontrarse el embarazo degenerado, como por ejemplo en la mola hidatiforme.

CAPITULO PRIMERO

Modificaciones del organismo materno durante el embarazo

Una vez que el óvulo fecundado se localiza en el útero sufre el organismo materno, modificaciones que alteran de modo notable sus condiciones anatómicas y fisiológicas. Divídense estas modificaciones en generales, cuando se producen

lejos de los órganos genitales, en los diferentes aparatos de la economía; y locales cuando se presentan al nivel de los órganos genitales y particularmente del lado del útero.

MODIFICACIONES GENERALES DEL ORGANISMO

SISTEMA NERVIOSO.— Las modificaciones del sistema nervioso, casi nulas en ciertas personas, son muy intensas en otras al punto de considerarse como la piedra de toque de ciertos estados. — *Cambio de carácter.* — *Desórdenes intelectuales: locura; maníadel robo* (cleptomanía); *neuralgias; vértigos; tendencia invencible al sueño* en la mayor parte de los casos.—Otros trastornos funcionales.

APARATO DIGESTIVO.— Trastornos del apetito. — Aumentado en algunas mujeres; en otras inapetencia más ó menos pronunciada y más que todo extravagancias del apetito.

NÁUSEAS Y VÓMITOS.— Época más frecuente de su aparición.—Duración.

HÍGADO.— Durante la gestación sobreviene generalmente la sobre carga grasosa en este órgano; las modificaciones hepáticas que se observan á veces pueden producir fenómenos patológicos, más ó menos acentuados.

RECTO.—La compresión de este órgano puede producir constipación, y hemorroides bastante voluminosos en algunos casos.

APARATO RESPIRATORIO.—En el aparato respiratorio se presentan modificaciones de orden mecánico y químico.

MODIFICACIONES MECÁNICAS.—Disnea durante la gestación.

MODIFICACIONES DE ORDEN QUÍMICO.—Aumento de las combustiones; el ácido carbónico eliminado es más abundante en la mujer en cinta.

APARATO CIRCULATORIO.

MODIFICACIONES DE LA SANGRE.—Aumento de la masa total.—Estudio de las modificaciones que sufre la sangre en lo que respecta á su tenor en glóbulos rojos y blancos. — Disminución de la hemoglobina. Resistencia globular. Hemolisis. Coagulación. Composición química de la sangre. Densidad. Plasma. Tenor en albúmina del serum; Estudio de sus otros elementos: fibrina, fósforo, cal, hierro, azufre, cloruro de sodio, pigmentos biliares, azúcar, grasa, etc.

MODIFICACIONES DEL CORAZÓN Y DE LOS VASOS.—Influencia del embarazo sobre el músculo cardíaco.—Teoría de la hipertrofia de este órgano en el embarazo normal.—Seplos cardíacos del embarazo.—Modificaciones del pulso y de la tensión arterial.

APARATO URINARIO.— Modificaciones de la orina en cantidad.— Densidad. Aumento de los cloruros en razón de la actividad de las combustiones y de la desasimilación de los tejidos maternos. Disminución de los fosfatos, sulfatos, la úrea, y el ácido úrico. Nitrógeno total; relación azotúrica.

ESTUDIO DE LOS OTROS ELEMENTOS DE LA ORINA.— Cal, azufre urinario, cloruro de sodio.

PIGMENTOS URINARIOS.—Urobilina. Pigmentos biliares.

Azúcar, Grasa, Acetona, Toxicidad urinaria.

En los órganos del aparato urinario se nota modificaciones también que á veces son muy marcadas:

RIÑONES.—Los riñones son más voluminosos al fin del embarazo debido á la degeneración grasosa análoga á la que se observa en el hígado (riñón gravídico de Leyden).

URETERES.—Dilatación por compresión fetal que puede conducir á la ectasia uretral y á la pielonefritis en determinadas circunstancias.

VEJIGA Y URETRA.—La misma compresión, y por la misma causa que en los uréteres. Desviaciones de la vejiga.—Cistoscopia y radioscopia.

EXCRECIÓN URINARIA.—Frecuencia de la micción.

GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA.—Ligeras nociones sobre las modificaciones del aparato tiroideo; glándulas suprarrenales; hipófisis y el vaso.

OVARIOS Y MAMAS.—Aceptado es hoy que el ovario y sobre todo el cuerpo amarillo tienen funciones de glándulas de secreción interna.—Estudio de la influencia que el embarazo ejerce sobre el funcionamiento de estos órganos, así como sobre el de la glándula mamaria.—Estudio de las otras glándulas á las que se le atribuye también secreción interna.

APARATO CUTÁNEO.—Pigmentación y grietas.—Máscara del embarazo; fenómeno estrechamente ligado á la hematomolisis fisiológica del embarazo.—Denutrición de las uñas.

APARATO ÓSTEO-ARTICULAR.—Estudio de las modificaciones imprimidas por el embarazo á las articulaciones de la pelvis y á la columna vertebral.—Producción de osteofitos; modificaciones de las articulaciones en general.—Explicación de es estos procesos de decalsificación.

APARATO DENTARIO.—Frecuencia de la caries dental.—Su explicación.

MODIFICACIONES LOCALES

ÚTERO.—Ninguno de los órganos genitales experimenta modificaciones más marcadas, como consecuencia de la gestación, que el útero, ya que tiene que sufrir, entre otras, las variaciones del volumen progresivo del feto.

Estas modificaciones del útero se lleva sobre el cuerpo, sobre el istmo y sobre el cuello.

MODIFICACIONES SOBRE EL CUERPO DEL ÚTERO. —Estas modificaciones por ser de tanta utilidad en el diagnóstico del embarazo, revisten gran importancia y su estudio deberá ser hecho de preferencia en la clínica.

Cambio del volumen del útero.—Forma.—Situación.— Dirección. — Relaciones. — Espesor.— Consistencia y Estructura.

MODIFICACIONES DEL CUELLO. — Hipertrofia de sus ténicas musculares. Imbibición é infiltración que producen su reblandecimiento.—Modificación de la mucosa del cuello.—Modificaciones de volumen, forma, situación y dirección del mismo, durante el embarazo, en el momento del trabajo é inmediatamente después de la expulsión del feto.

CONSISTENCIA. REBLANDECIMIENTO. — Valor de este signo en el diagnóstico del embarazo.—

Causas de este reblandecimiento.—Estudio de su progresión.

ESTADO DE LOS ORIFICIOS.—Cuello de las primíparas.—Cuello de las múltiparas.

ESTRUCTURA.

SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO

Estudio muy especial debe hacerse del segmento inferior del útero ó sea de la zona intermedia entre el cuerpo y el cuello, que se diferencia durante el embarazo y aparece con todos sus caracteres durante el trabajo, lo que ha suscitado serias controversias y que aún existen muchos puntos de su anatomía que necesitan ser dilucidados.

EL SEGMENTO INFERIOR DURANTE EL EMBARAZO.—Época en que puede ser tomado en consideración.—Su forma.—Orificio superior.—Orificio inferior.—Paredes anterior y posterior, bordes.

ORÍGEN DEL SEGMENTO INFERIOR.—Cuatro teorías para explicar este origen.

ESTRUCTURA DEL SEGMENTO INFERIOR.

EL SEGMENTO INFERIOR DURANTE EL TRABAJO.

RELACIONES DEL ÚTERO DURANTE EL EMBARAZO

RELACIONES ABDOMINALES.—Relaciones de la cara anterior, de la cara posterior y del fondo.—Relaciones del fondo en los últimos meses del embarazo.

RELACIONES PELVIANAS. — Relaciones de la cara anterior, posterior y lateral del segmento inferior.

RELACIONES CON EL PERITONEO.

VASOS DEL ÚTERO GRAVÍDICO

ARTERIAS.—Venas. Linfáticos. Nervios.

PROPIEDADES DEL ÚTERO GRAVÍDICO

El músculo uterino, bajo la influencia del embarazo adquiere propiedades nuevas que no existían durante el estado de vacuidad y que se refieren á la *irritabilidad, retractilidad, contractilidad y sensibilidad*.

FISIOLOGÍA DE LA CONTRACCIÓN UTERINA

Estudio de estas contracciones durante el parto. El peristaltismo lento y casi indoloro al principio del trabajo, conocido con el nombre de *moscas*; las contracciones se hacen más dolorosas más tarde: son los *dolores preparentes*. Después sobrevienen verdaderas contracciones brus-

cas, sin preparación, que toman el útero en masa, después cesan, para reaparecer: son los *dolores expulsivos*. Por último los dolores que provienen de la contracción uterina y de la distensión vulvar: son los *dolores concuasantes*. Causas determinantes de las contracciones uterinas.

MODIFICACIONES DE LOS ANEXOS DEL ÚTERO

Ligamentos anchos. Ligamentos redondos. Trompas.

Modificaciones de la vagina, de la vulva y del periné.

CAPITULO SEGUNDO

SIGNOS y DIAGNOSTICO del EMBARAZO

Este capítulo es indudablemente muy importante y por esto nos esforzaremos en hacerlo conocer prácticamente á la obstetriz, en sus más mínimos detalles; ya que en nuestro concepto el diagnóstico es para la partera, el pronóstico para la familia y para el médico el tratamiento.

Hemos visto que el embarazo influye sobre todo el organismo, modificando sus órganos y funciones; por consiguiente, los signos de este

estado tienen que ser muy numerosas. Para su mejor descripción se han propuesto diferentes clasificaciones. Signos de presunción. — Signos de probabilidad. — Signos de certeza. — *Signos maternos.* — *Signos fetales.*

Adoptando el orden seguido en la clínica, estudiaremos sucesivamente los signos suministrados por: 1.º el interrogatorio; 2.º la inspección; 3.º la palpación; 4.º la percusión; 5.º la auscultación; 6.º el tacto vaginal.

1.º— SIGNOS SUMINISTRADOS POR EL INTERROGATORIO.—Aumento de volumen del vientre (al partir del tercer mes), náusea, vómitos; repugnancia por ciertos alimentos, predilección por otros; lipotimias, tendencia invencible al sueño, modificaciones del carácter; comezones y tirantez dolorosas en los senos, secreción por el mamelón de un líquido lactecente, etc.

De todos los signos posibles de obtener por el interrogatorio, ninguno tiene el valor que da la supresión de las reglas y la percepción de los movimientos del feto por la madre.

1.º—SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA INSPECCIÓN:

En la cara: Efélides y manchas pigmentadas, mascarilla del embarazo.

En el pecho: Hinchamiento de los senos, aparición de la red de Haller, pigmentación de

la areola, hipertrofia de los tubérculos de Montgomery, secreción de calostro.

En el vientre: Aumento del volumen del vientre á medida que el embarazo avanza; desaparición de la cicatriz umbilical, línea bruna, grietas, abolladuras movibles de la pared.

Al nivel de las partes genitales, pigmentación de los labios mayores, tinte violáceo de la mucosa vaginal.

En los miembros inferiores, venas varicosas. Aptitud especial del cuerpo durante la marcha hacia el fin del embarazo.

3.º SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA PALPACIÓN.—Su importancia. Manera de practicarla. Posición más favorable en que se debe colocar á la mujer para este exámen. Precauciones para evacuar la vejiga y el recto antes de practicarla.

EXÁMEN DEL ÚTERO. — Volúmen, dirección, consistencia apreciada por la palpación. Reglas prácticas para determinar aproximadamente las dimensiones del útero ó su altura en las diferentes épocas del embarazo.

Consistencia del útero grávido.

EXPLORACIÓN DEL CONTENIDO DEL ÚTERO.—El contenido del útero se compone: 1.º del feto; 2.º del líquido amniótico; 3.º de la placenta y membranas.

1.º PALPACIÓN DEL FETO.— Manera de practicarla. Exploración de la cavidad cefálica. Exploración de la extremidad caudal. Exploración de las otras partes del feto.

Pelotamiento abdominal.

Percepción de los movimientos activos.

Signos suministrados por la presencia del líquido amniótico y de la localización de la placenta.

4.º SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA PERCUSIÓN:— de poca importancia en obstetricia.

5.º SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA AUSCULTACIÓN. —Manera de practicarla. —Auscultación inmediata. —Auscultación mediata. -- Uso del Estetoscopio.—Ruidos maternos.—Ruidos fetales.

RUIDOS FETALES.—Ruido del corazón del feto. Focos de auscultación. Su interpretación para el diagnóstico en general y para la determinación de las presentaciones.

Frecuencias del latido del corazón del feto. Su importancia durante el embarazo. y durante el trabajo del parto.

DEL SOPLO FETAL.— Soplo funicular.— Soplos extra-fetales.

RUIDOS DE LOS MOVIMIENTOS FETALES.

RUIDOS MATERNOS. — El soplo uterino: teoría placentaria; teoría abdominal ó ilíaca; teoría epigástrica; teoría uterina [la más aceptada].

OTROS RUIDOS MATERNOS.

SIGNOS SUMINISTRADOS POR EL TACTO. — TACTO VAGINAL.—Su importancia.—Reglas para practicarlo.—Tendencia á restringir su empleo.—Asepsia rigurosa con que debe verificarse.—Uso de los guantes de caucho.

Este procedimiento de investigación debe llevarse sobre el cuello, sobre el segmento inferior, sobre las partes blandas y las partes óseas de la excavación pelviana y sobre la parte fetal que se presenta.

PELOTAMIENTO VAGINAL.

A veces se ocurre en obstetricia al tacto intra uterino, al tacto rectal y al tacto vesical.

Elección de la mano para practicar el tacto.

Palpación y tacto combinados.

VALOR SEMIOLÓGICO DE LOS SIGNOS DEL EMBARAZO

SIGNOS DE ORIGEN MATERNO. — 1.º supresión de las reglал; 2.º trastornos digestivos; 3.º trastornos del sistema nervioso; 4.º modificaciones de las mamas; 5.º desarrollo del vientre; 6.º grietas, desaparición de la cicatriz umbilical, la pigmentación de la línea blanca; 7.º coloración violácea de la vulva y de la vagina; 8.º soplo uterino; 9.º reblandecimiento del cuello; 10.º aumento del útero.

Importancia y valor de estos signos, aisladamente ó en conjunto

SIGNOS DE ORIGEN FETAL.—1.º movimientos activos del feto; 2.º pelotamiento abdominal y vaginal; 3.º percepción de las partes fetales por la palpación; 4.º percepción del choque fetal por la auscultación; 5.º percepción de los ruidos del corazón fetal por auscultación; 6.º percepción á través del cuello abierto directamente sobre las membranas del huevo de la parte fetal que se presenta.

DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO

Breves nociones sobre el estado actual de las investigaciones biológicas que permiten iluminar el diagnóstico del embarazo.

1.º—Diagnóstico del embarazo por el método de desviación del complemento (anticuerpos placentarios); anticuerpos fetales; el antígeno amniótico.

2.º Ensayo del diagnóstico del embarazo por el método óptico,

3.º Ensayo del diagnóstico del embarazo por el método de diálisis.

4.º Ensayo del diagnóstico del embarazo por el veneno de la cobra.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial en la primera mitad del embarazo y en los últimos cuatro meses.

DIAGNÓSTICO DE LA EDAD DEL EMBARAZO.— Estudio del diagnóstico del embarazo en los nueve meses sucesivos.

DURACIÓN DEL EMBARAZO —Duración real del embarazo—Fecha probable del coito fecundante.

ULTIMO PERIODO MESTRUAL.—Cálculo de la fecha probable del parto. Calendarios del embarazo. Formula práctica de Tarmier y Pinard. Embarazos de 10 y 11 meses de duración. Discusión de su posibilidad.

Término del embarazo.

HIGIENE DEL EMBARAZO

Es á la partera á quien se acude frecuentemente en demanda de sus consejos para corregir los diversos trastornos de la gestación, que pueden evitarse con los preceptos higiénicos correspondientes. El estudio, pues, de la higiene del embarazo se hará con los detalles y contracción que su importancia exige.

Higiene de la alimentación.—Trastornos digestivos.—Trastornos de auto-intoxicación.—Tratamiento de la constipación.

Higiene de los vestidos.—Uso del corsé.—Faja elástica abdominal.—El calzado.—Ejercicios y viajes.

HIGIENE DE LAS PROFESIONES.

RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.

BAÑOS E HIDROTERAPIA.

INYECCIONES VAGINALES y lavados vulvares.

CUIDADOS HIGIÉNICOS PARA LOS ÑINOS.—Necesidad de examen médico en el curso del embarazo, para determinar el modo de presentación del feto (vértice, cara, etc. Estado de la pelvis y demás).

EXAMEN DE LA ORINA.

CAPÍTULO TERCERO

Asepsia y antisepsia obstétrica

GENERALIDADES

La asepsia y antisepsia obstétricas tienen su aplicación no solo en los momentos más delicados de la vida genital de la mujer: parto y puerperio sino que son aplicables también á los tiempos que preceden al trabajo, ya que la profilaxia constituye la base fundamental de la obstetricia, cuyo éxito asegura.

En condiciones de perfecta normalidad la regla de conducta ideal sería la abstención casi completa en los momentos del trabajo, reduciéndose la acción de la persona encargada de la asistencia á la policía externa, por decirlo así, y solo interviniendo con el exámen interno, por medio del tacto, en dos ocasiones; siendo dada

la primera, inmediatamente después de la ruptura de las membranas para descartar toda complicación cuya inadvertencia podría ocasionar graves peligros v. g: prolapsus del cordón, de un miembro, mala presentación, etc; y segundo, cuando después de haber puesto en práctica los otros medios de exploración externa se haga necesario intervenir.

Inspirados en este concepto seremos excesivamente severos en la exposición de las prácticas que la obstetricia moderna exige á las parteras, tratando en sus mayores detalles los usos y reglas de higiene, que deben observar en la asistencia de los partos cualquiera que sea su naturaleza.

Algunos apuntes de historia. Importancia y necesidad de la antisepsia en obstétrica. Asepsia. Tendencia al ideal de no emplear sino la asepsia pura. Asepsia del medio. Precauciones que debe tomar la mujer durante el embarazo. Precauciones por parte de las obstetrices. Limpieza de los vestidos y empleo del mandil. Desinfección de las manos. Usos de los guantes de cautchouc. Sábanas y objetos de curación. Esterilización. Desinfección de los instrumentos.

Estudios de los antisépticos empleados en obstétrica. Cuidados que requiere su empleo.

Instrumentos y aparatos empleados en la antisepsia obstétrica.

Desinfección de los órganos genitales. Desinfección de la vulva. Inyección vaginal. Inyección intra-uterina. Restricción que se hace hoy de estos métodos de tratamiento.

ANESTÉSIA EN OBSTETRICIA

Es muy frecuente hoy, que tanto la prensa de nuestro país como la del extranjero se han ocupado en diversas ocasiones del importante problema de la anestesia obstétrica, encontrar en el curso de la práctica civil clientes que soliciten de la obstetriz, algún medio ó procedimiento anestésico para atenuar ó suprimir los sufrimientos durante el parto. Nada sería mas humanitario que acceder á tan justa petición en momentos tan difíciles, si los procedimientos hasta hoy conocidos fueran de positiva utilidad fácil manejo é inócuos resultados.

Aunque á cada instante se multiplican mas los esfuerzos de los que se consagran á la obstetricia para realizar el perseguido propósito de suprimir ó atenuar, por lo menos, el dolor en el parto, sin embargo, las indicaciones y contraindicaciones de la anestesia general por inhala-

ción, forma única hasta hoy conocida, exigen la presencia del médico para realizarla en determinadas circunstancias del parto fisiológico y con mayor razón en el parto distócico, para llevar á cabo la intervención correspondiente.

A. Procedimiento de anestesia general por inhalación: Cloroformo, éter, y la combinación de estos cuerpos con el cloruro de etilo, ó sea la mezcla de Schlieg.

B. Procedimiento de analgesia general: Úsase con este objeto una serie de compuestos farmacológicos cuyas indicaciones no han podido vulgarizarse en razón de los inconvenientes y peligros que la práctica diaria y la observación atenta ha puesto en transparencia; v. g.: morfina, morfina-scopolamina, Pantopon, Èstovaina. Ensayos personales.

C. Procedimiento de anestesia local, tal es la metro-anestesia.

Ensayos personales.

CAPITULO CUARTO

DEL PARTO

El parto, es el acto por el cual se opera la expulsión, por las vías naturales, del producto de

a concepción llegada la época de la viabilidad. La expulsión del huevo antes de esta época, es decir, durante los seis primeros meses del embarazo, recibe el nombre de aborto.

Tiempo en que se verifica: 1.º Expulsión del feto; 2.º Expulsión de los anexos ó alumbramiento.

Parto á término. Parto prematuro.

Parto espontáneo. Parto provocado.

Parto anormal, fisiológico, ó eutócico y parto anormal, patológico ó distócico.

Parto natural ó artificial.—Estudio de estas diferentes divisiones que se hace del parto.

DE LAS CAUSAS DEL PARTO

Causas eficientes y causas determinantes.

FENÓMENOS DEL TRABAJO

División de los fenómenos del trabajo, en fenómenos fisiológicos, mecánicos y plásticos; ó mejor en fenómenos activos y pasivos, ó en maternos, ovulares y fetales.

FENÓMENOS ACTIVOS

1.º CONTRACCIÓN UTERINA.—Duración é intensidad de las contracciones, modificaciones

que hacen sufrir al útero en su consistencia, situación y forma. Relaciones de la contracción con el dolor.

ESTUDIO CLÍNICO DEL DOLOR.—Ligeros y cortos al principio [moscas]; se vuelven agudos, penosamente soportados por la parturiente y corresponden á la dilatación del cuello [dolores preparantes]; dolores expulsivos; dolores concuasantes; dolores por irradiación á otras regiones [dolores de riñones], neuralgias lumbosabdominales.

2.º CONTRACCIONES ABDOMINALES.

3.º Contracciones vaginales.

FENÓMENOS PASIVOS

1.º DESAPARICIÓN Y DILATACIÓN DEL CUELLO.—La desaparición del cuello debe ser clasificada entre los fenómenos del trabajo. Constatación por medio del tacto de la marcha de este fenómeno en las primíparas y en las múltiparas. Mecanismo de la desaparición y de la dilatación del cuello.

2.º DESCENSO MUCO-SANGUINOLENTO.

3.º DE LAS BOLSAS DE LAS AGUAS. Su forma. Volumen. Estudio de las diferentes variedades. Estudio de los caracteres de la bolsa de las aguas.

en el momento de las contracciones uterinas ó en su intervalo. Importancia de este estudio.

DE LA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS. Ruptura precoz, prematura y tardía ó retardada. Estudio de estos casos y de sus consecuencias.

Estudio del líquido amniótico que se escapa á consecuencia de esta ruptura. Cambios en su coloración y alteración de su olor. Interpretación de estos cambios. Importancia del diagnóstico de la existencia de la bolsa de las aguas.

4.º AMPLIACIÓN DE LA VAGINA, DE LA VULVA Y DEL PERINÉ.

5.º ORIENTACIONES FETALES. — MECANISMO DEL PARTO. — Pasaje del feto, impulsado por las contracciones uterinas, por el estrecho superior, la excavación pelviana, el estrecho inferior y la pelvis blanda, siguiendo los diferentes ejes de estos trayectos. Ley de acomodación ó de Pajot. Estudio de los cambios sucesivos de acomodación ó tiempos del parto.

TIEMPOS DE LA ACOMODACIÓN.

Estos tiempos son en número de cuatro: 1.º acomodación en el estrecho superior; 2.º descenso através de la pelvis ósea; 3.º acomodación por rotación en el estrecho inferior; 4.º descenso através de la pelvis blanda.

Repetición de los mismos cuatro tiempos para cada una de las otras dos partes fetales que

se presentan en seguida. Estudio detallado de estos diferentes tiempos.

6.º FENÓMENOS PLÁSTICOS.— Deformación y cambios de volúmen de las partes fetales, llamados deformaciones *intrínsecas*. Modificaciones debidas á infiltración edematosa de los tegumentos que recubre la presentación: bolsa sero-sanguínea.

MARCHA Y DIVISIÓN DEL TRABAJO

SIGNOS PRECURSORES: descenso del vientre (digestión más fácil) Compresiones pelvianas (micciones frecuentes, várices, hemorroides, neuralgias, etc.

PERÍODO DE DILATACIÓN.—Contracciones uterinas. Descensos mucoso-sanguinolentos y formación de la bolsa de las aguas.

PERÍODO DE EXPULSIÓN.—Ruptura de la bolsa de las aguas y líquido amniótico. Secreción del líquido amniótico. Desprendimiento de la parte fetal.

INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE LA MADRE Y EL FETO

Modificaciones que el trabajo del parto ocasiona en la diversas funciones del organismo materno y fetal.

1.º INFLUENCIA SOBRE LA MADRE.

FENÓMENOS NERVIOSOS.—*Fenómenos circulatorios. Calorificación. Respiración. Digestión*

2.º INFLUENCIA SOBRE EL FETO.

Circulación.—Influencia de la contracción uterina sobre la circulación del feto. Disminución ó aceleración de los latidos cardiacos en relación con la tensión del útero.

RESPIRACIÓN.—Estado de apnea.

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DEL PARTO

La mujer, está en trabajo cuando existen contracciones dolorosas del útero y el cuello se borra ó se dilata. Manera de establecer el diagnóstico del parto, diagnóstico diferencial con las neuralgias lumbo-abdominales, cólicos intestinales, hepáticos, nefríticos, ó apendiculares.

Tacto vaginal. Caracteres del cuello uterino.

DURACIÓN DEL TRABAJO

El tiempo del trabajo varía al extremo: ciertas mujeres paren en menos de una hora y otras quedan con dolores varios días, lo que no es raro.

Duración del trabajo del parto en las primíparas y múltiparas.

Factores que influyen sobre la duración del trabajo. Energía y regularidad en las contracciones uterinas. Duración del trabajo del parto según la edad de la parturiente.

Causas del lado del feto que puede modificar la duración del parto.

PRONÓSTICO DEL PARTO

Está en relación con su duración. El trabajo muy prolongado disminuye la resistencia de la mujer.

Pronóstico, cuando el feto está muerto y macerado.

Pronóstico, en los casos de desgarradura del orificio vaginal ó del cuello.

El pronóstico del parto se encuentra en gran parte subordinado á la marcha y duración del trabajo.

Peligros de la prolongación del período de expulsión. Trastornos de la circulación y asfixia del feto en la ruptura prematura ó precoz de las membranas.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE DURANTE EL PARTO

Alojamiento de la mujer en cinta. Elección de la cama y manera de prepararla. Vestidos y

ropa de cama. Régimen alimenticio. Baños. Aseo personal de las parteras y enfermeras.

Arsenal de cirugía. Instrumentos que deben poseer las parteras y de los que se servirán según los casos.

CAPITULO QUINTO

Presentaciones y posiciones del feto

Se llama presentación, la región del feto que se encaja ó tiende á encajarse en la excavación pelviana y evoluciona durante el parto según un mecanismo determinado.

Presentación de la extremidad *cefálica*; *presentación de nalgas* y *de hombro*.

PRESENTACIÓN CEFÁLICA. Si la cabeza está flexionada, la presentación lleva el nombre de *presentación de vértice*. Cuando la cabeza está deflexionada, hay *presentación de cara*.

En cuanto á la presentación de *nalgas*, si los miembros inferiores quedan apelotonados en flexión perfecta: *presentación de nalgas completa*; cuando los miembros están deflexionados, lleva el nombre de presentación de nalgas incompleta. La variedad de nalgas incompleta cuenta muchas modalidades:

La *modalidad de nalgas*, cuando los miembros inferiores están completamente levantados

por delante del tronco, como las dos ramas de la letra V; la *modalidad de rodillas*, cuando los muslos estando alargados por debajo de la pelvis y las piernas quedan flexionadas sobre los muslos; la *modalidad de pies*, cuando los muslos y las piernas están extendidas.

Cuando los planos laterales derecho ó izquierdo del tronco ocupan el área del estrecho superior la presentación toma el nombre de *presentación de hombro, derecha ó izquierda* respectivamente.

Según esto, son cinco las presentaciones fundamentales.

Por último, la presentación de frente que es considerada por unos como tal, mientras que otros la suponen una variedad de la presentación de cara. Nos inclinamos á esta última opinión.

Posiciones.—En las presentaciones que acabamos de enumerar la región fetal que se presenta puede orientarse en sentido diferente; precisar esta orientación es determinar la posición.

Elección de puntos de reparo para determinar la posición.

Puntos de reparos fetales. Puntos de reparos maternos.

Los primeros son: para el vértice, la *punta del occipital*; para la cara, el *menton*; para la

nalga, el *sacro*; para los hombros, el *acromion*; para la frente, el *maxilar superior*.

Puntos de reparo maternos: diferentes puntos de la hilera pelvi-genital

Existen dos posiciones fundamentales para cada presentación; la posición izquierda llamada *ilíaca izquierda* (I.I.) ó simplemente I cuando el punto de reparo de la posición está orientado hacia el lado izquierdo; y posición derecha ó *ilíaca derecha* (I.D.) ó simplemente D., cuando el punto de reparo de la posición está hacia el lado derecho de la pelvis.

Subdivisión de estas dos posiciones, en las variedades anterior ó posterior y transversal.

Estudio detallado de las posiciones y de sus variedades.

Cambio de presentación y posición. Época del embarazo en que puede presentarse.

Causas que favorecen su producción: cantidad considerable de líquido amniótico y débil desarrollo del feto; falta de tonicidad de las paredes del útero y del abdomen; por consiguiente más frecuentes en las múltíparas.

CAPITULO VI

De las presentaciones en particular

PRESENTACIÓN DE VERTICE

FRECUENCIA — 93 á 95 p. 100 (Depaul). Frecuencia de las diversas posiciones. Apreciaciones diferentes.

ETIOLOGIA: causas dependientes de la madre, del feto y de los anexos fetales

SIGNOS Y DIAGNÓSTICO

Signos suministrados por el interrogatorio.
—Signos suministrados por la inspección y la palpación. Investigación de la extremidad cefálica por medio de la palpación; investigación de la extremidad pelviana. Peloteo abdominal. Diagnóstico de la posición del dorso.

Investigación del hombro. Su importancia.

TACTO DURANTE EL EMBARAZO Y EL TRABAJO

Importancia de la determinación del lugar ocupado por la fontanela posterior, y de la dirección que sigue la sutura sagital.

Dificultades de estas constataciones clínicas

en los casos de existir una boluminosa bolsa sero-sanguínea. Manera de salvar esta dificultad y las que resultan de la elevación considerable de la parte fetal y de su movilidad. Causas de error en la determinación de estas fontanelas en los casos de osificación incompleta de los huesos del cráneo. Manera de evitarlas.

AUSCULTACIÓN: determinación del foco de auscultación en las diversas posiciones.

MECANISMO DEL PARTO

Tiempos de que se compone el mecanismo del parto en la presentación de vértices. De la división en seis tiempos: 1.º tiempo, de *apetotonamiento* y *flexión*; 2.º tiempo, de *encajamiento* ó *descenso*; 3.º tiempo, de acomodación de la cabeza en el estrecho inferior ó tiempo de rotación interna; 4.º tiempo, de *desprendimiento* de la cabeza; 5.º tiempo, de *acomodación* de los *hombros* en el estrecho inferior ó de rotación interna de los hombros ó externa de la cabeza; 6.º tiempo, de *desprendimiento del tronco*.

1.º tiempo, acomodación en el estrecho superior. Orientación de la cabeza. Flexión.

2.º tiempo, descenso y encajamiento.

Sinclitismo.

Asinclitismo anterior. Asinclitismo posterior. Sus causas. Su estudio y constatación clínica.

3.º tiempo. ACOMODACIÓN EN EL ESTRECHO INFERIOR. Movimientos de rotación, para conducir el occipucio bajo la sínfisis del pubis. Teorías para explicar esta rotación.

4.º tiempo. DESPRENDIMIENTO. Descripción de este tiempo.

5.º tiempo. RESTITUCIÓN. Rotación externa de la cabeza ó rotación interna de las espaldas. Su descripción.

6.º tiempo. DESPRENDIMIENTO DEL TRONCO. Manera como aparecen sucesivamente, el hombro anterior y posterior por debajo de la sínfisis pubiana.

IRREGULARIDAD DEL MECANISMO DEL PARTO QUE SE OBSERVA EN CADA UNO DE LOS TIEMPOS. Su explicación

FENÓMENOS PLÁSTICOS

Deformaciones del cráneo. Bolsa sero-sanguínea. Relación entre el asiento de la bolsa sero-sanguínea y la variedad de posición. Consecuencias locales y lejanas de esta éctasis sanguíneas.

PRONÓSTICO DE LA PRESENTACIÓN DE VÉRTICE.—Pronóstico para la madre y el feto.

PRONÓSTICO PARTICULAR PARA LAS OCCIPITO POSTERIORES.

Pronóstico particular en ciertas condiciones: edad de la mujer, volumen del niño, inclinación mas ó menos marcada del útero, rapidez ó lentitud del parto y ruptura más ó menos precoz de las membranas. Pronóstico: varia también, según el género de intervencion, según la habilidad operatoria y la asepsia empleada.

Conducta que debe seguirse.

DURANTE EL EMBARAZO.: — mantemimiento del feto en buena posición. Cinturón abdominal.

DURANTE EL TRABAJO:— expectación durante el período de dilatación. En el período de expulsión protección del periné. Mantenimiento de la mujer en decúbito dorsal y en posición conveniente. Expresión perineal para facilitar el desprendimiento de la cabeza. Épisiotomía. Investigación de la existencia de circulares del cordón al rededor del cuello. Sección de estas circulares entre dos pinzas. Desprendimiento del tronco. Manera de prestar ayuda á este desprendimiento, teniendo cuidando que dicha ayuda no sea exagerada para evitar las parálisis radicales. Práctica del descenso de los brazos en este tiempo.

Indicaciones de intervenir. Intervenciones en las posiciones anteriores.

Indicación del forceps.

Intervenciones en las posiciones posteriores.

Rotación artificial. Maniobra de Tarnier, en las múltiplaras. Aplicación del forceps. Casos particulares en que debe intervenir.

PRESENTACIÓN DE CARA

FRECUENCIA.

ETIOLOGÍA. — *Presentaciones primitivas*: cuando la presentación está constituida desde el principio del embarazo. *Presentación secundaria*: cuando se produce en el momento del trabajo. Transformación de una presentación en otra.

CAUSAS IMAGINADAS PARA EXPLICAR LA PRESENTACIÓN DE CARA

CAUSAS PASIVAS. — Proviene de la madre, del feto ó del huevo.

1.º CAUSAS MATERNAS: *Multiparidad; estrechamiento de la pelvis, oblicuidad uterina; tumores.*

2.º CAUSAS FETALES: *aumento de volumen del feto [influencia del sexo], conformación craneana [dolicocefalia], malformaciones.*

Causas ovulares: placenta en el segmento inferior. Hidropesía del amnios, Acortamiento y circulares del cordón, Signos y diagnóstico: por la inspección, vientre alto. Por la palpación, corte de hacha, apreciación de la forma especial en herraje del maxilar inferior. Por la Auscultación: el foco generalmente elevado y particularmente claro en las mento-antefiores. Tacto: parte elevada por lo general, raíz de la nariz apreciable, que no se tumefacta; los bordes salientes de las órbitas o globos oculares; reconocimiento de los dos orificios de la nariz y de la boca, la que puede hacer al dedo movimientos de succión. Por el tacto, se podrá establecer también la posición y la variedad de posición.

Mecanismo del parto en la presentación de cara— Los mismos tiempos que en la presentación de vértice

Irregularidades del mecanismo del parto— Estudio de las irregularidades en seis tiempos.

Fenómenos plásticos— Deformación. Bolsa sero-sanguínea.

Pronóstico en la presentación de cara— Pronóstico materno. Pronóstico fetal, inmediato y tardío,

Conducta que debe seguirse— Durante el parto y durante el trabajo. En este último caso, cuando la cara está en el estrecho superior y cuando está encajado en la excavación.— Intervenciones indicadas en estos casos.

PRESENTACIÓN DE FRENTE

Frecuencia. Causas del lado de la madre. Causas dependientes del feto. Causas debidas a los anexos:

Signos y diagnóstico.

Palpación. Tacto. Auscultación.

Mecanismo del parto en los seis tiempos.

Anomalías del mecanismo en todos sus tiempos.

Fenómenos plásticos: bolsa sero-sanguínea y deformaciones de la cabeza fetal.

Pronóstico—Pronóstico materno y fetal.

Conducta que debe seguirse según que la cabeza no esté encajada o cuando se encuentra en la excavación encajada.

Indicación de la versión y del forceps. Sinfisiotomía. Cesareana conservatriz. Operación cesareana suprasinfisarea. Operación cesareana vaginal o de Dührssen. Operación cesareana mutilatriz o de Porro. Operaciones mutilatrices fetales en los casos del niño muerto o cuando aún está vivo.

PRESENTACIÓN DE NALGAS

Frecuencia. Etiología.

Causas de orden fetal—Muerte y maceración fetal. Hidrocefalia. Embarazo gemelar.

Causas de orden materno—Multiparidad. Deformaciones uterinas, Tumores uterinos. Estrechamiento pelviano. Tumores de la excavación.

Causas de orden ovular—Hidramnios. Placenta previa. Acortamiento del cordón o circulares.

Signos y diagnóstico—Signos suministrados por el interrogatorio, por la inspección y por la palpación.

Tacto—Tacto vaginal durante el embarazo y el trabajo. Diagnóstico de la presentación. Diagnóstico de la posición.

Auscultación—Determinación del foco de auscultación en las diferentes variedades.

Mecanismo de la acomodación—La acomodación en los seis tiempos de esta presentación.

Fenómenos plásticos—Deformaciones óseas del tronco y del cráneo. Bolsa sero-sanguínea.

Pronóstico.

Pronóstico materno y fetal.

Conducta que debe seguirse durante el embarazo y el parto. Indicación de la versión externa en el primer caso.

Conducta que debe seguirse durante el parto en las diferentes modalidades de la presentación y en los diferentes tiempos.

Conducta que debe seguirse en el curso del embarazo eutócico y en el distócico, según que la distocia provenga de las nalgas, del hombro o de la cabeza.

Indicaciones del forceps en la presentación de nalgas. Empleo del lazo y del gancho de Braun. Craneoclasia. Distocia de las espaldas. Distocia de la cabeza última.

PRESENTACIÓN DE HOMBRO

Frecuencia

Etiología—Puede ser franca o accidental. Causa de la acomodación en estos dos casos, provenientes de la madre, del feto o de los anexos fetales.

Signos y diagnóstico.

Inspección. Palpación. Diagnóstico de la presentación transversal por medio de la palpación. Tacto. Tacto durante el embarazo y el parto.

Diagnóstico de la variedad de las presentaciones—Diagnóstico de la posición

Auscultación,

Modo de terminación del parto en esta presentación—Evolución espontánea, versión espontánea, o imposible.

Estudio de la evolución espontánea en sus diferentes tiempos.

Conducta que debe seguirse durante el embarazo y el parto — Indicación de la versión en el primer caso. Durante el trabajo la conducta variará según que el cuello esté incompletamente dilatado y la bolsa de las aguas intacta o según que la dilatación sea incompleta y la bolsa de las aguas rota; así como cuando la dilatación sea completa la conducta que se siga variará también cuando la bolsa de las aguas esté intacta o rota.

LIGADURA Y SECCIÓN DEL CORDON UMBILICAL

Cuestiones que deben resolverse en la liberación definitiva del niño, por medio de la sección del cordón.

¿Debe ligarse el cordón umbilical? — Cuando debe ligarse— Ligadura inmediata — Ligadura retardada—Ligadura tardía — Sección del cordón — Manera de ligar el cordón—Ligadura simple—Onfalotripcia — Procedimiento de Bar.

Curación del Cordón — Protección y desecación rápida del cordón—Procedimientos empleados.

CAPÍTULO VII

EMBARAZO Y PARTOS MÚLTIPLES

Definición — Número de fetos que puede contener el útero (embarazo gemelar, embarazo triple, cuádruplo, quintuplo, séxtuplo.)]

EMBARAZO Y PARTO GEMELAR

División—El embarazo gemelar proviene de la fecundación de dos óvulos o de uno sólo. El primero lleva el nombre de *embarazo bivitelino*; y si en este caso los de óvulos pertenecen a dos folículos diferentes se tendrá el *embarazo bi-folicular*; y se llamará *embarazo monofolicular* si pertenecen a un sólo folículo. Ahora bien, cada uno de los ovarios puede dar un óvulo, *embarazo bi-ovariano* o los dos óvulos pueden provenir del mismo ovario, *embarazo mono-ovariano*.

Modo de producción— Embarazo bivitelino. Embarazo univitelino. Su estudio. Experimentos realizados en algunos animales.

Epoca de la fecundación— Superimpregnación: superembrionamiento y superfetación.

Causas—Frecuencia. Factores que se invocan: la talla, la multiparidad, la edad, la raza y particularmente la herencia.

Embarazo bivitelino—La variedad más común. Estudio de las membranas y de las cavidades. Estudio de las placentas: sus variedades.

Los fetos—Los fetos bivitelinos son del mismo sexo o de sexo diferente. Su peso y volúmen; su longitud.

Embarazos univitelinos—Estudio de las membranas, de la placenta y cordón.

Los fetos—Estudio del sexo (son siempre del mismo sexo)

Situación respectiva y actitud de los fetos.

Signos y diagnóstico.

Interrogatorio; inspección (edema supra pubiano, desarrollo excesivo del vientre, várices de los miembros inferiores; a veces forma irregular del vientre.

Tacto — Peloteo vaginal, peloteo abdominal.

Tacto vaginal, durante el embarazo y el trabajo.

Auscultación.

Diagnóstico del embarazo gemelar.

Marcha del embarazo.

Parto gemelar.

El parto gemelar puede ser eutócico o distócico.

Parto eutócico—Se compone de dos partos, que se suceden en breve intervalo. Estudio del primer parto, en sus diferentes períodos.

Conducta que debe seguirse en el intervalo del primer y segundo parto.

Segundo parto—Estudio de sus diferentes tiempos. Rapidéz. Frecuencia de las presentaciones anormales. Desprendimientos irregulares en O. S. y en O. T. Posibilidad de las procidencias.

Alumbramiento—Particularidades relativas a la salida de las secundinas.

Porto distócico.

Estudio de la distocia especial que se observa en los casos de gemelos aislados o adherentes.

Pronóstico del embarazo o del parto gemelar.

Pronóstico materno—La mortalidad que era antes de 9, 9, p. % es hoy de 1 %.

Estudio del pronóstico en los diferentes casos de embarazo gemelar.

Pronóstico fetal—Varía según los casos. El pronóstico desfavorable es debido, de una manera general, al nacimiento prematuro, a la frecuencia de las intervenciones, a las procidencias del cordón, a la hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta y a enfermedades del feto.

Conducta que debe seguirse.

Durante el embarazo—Las precauciones generales son las mismas que las que se toman a propósito del embarazo simple, observando algunas de estas precauciones con más rigor.

Durante el trabajo—Después del nacimiento del primer gemelo, se pueden producir diversas eventualidades que modifican la conducta que se ha seguido con el primer feto (presentación transversal, procidencia del cordón, inercia de las contracciones uterinas, sufrimiento de la madre. Casos en que la segunda bolsa de las aguas queda intacta. Conducta que debe seguirse en este caso.

Conducta que debe seguirse durante el alumbramiento—Hemorragias del alumbramiento.

Distocia especial.

Conducta que debe seguirse cuando las dos cabezas se presentan juntas. Casos en que debe

emplearse el forceps. Destroncamieto con las tijeras y extracción de la cabeza con el forceps.

Conducta que debe seguirse cuando el niño se presenta de nalgas, el segundo por el vértice y las dos cabezas se enganchan.

Aplicación de forceps. Craneotomía. Su indicaciones.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE EN LOS CASOS DE GEMELOS ADHERENTES

Embarazo y parto triple.

Frecuencia y causas—La frecuencia varía según los países.

Las causas de los embarazos trigéminos son las mismas que las de los embarazos dobles.

Estudio de los huevos y de las placentas, en los diferentes casos.

Sintomas y diagnóstico—Generalmente se hace después de la expulsión del primero o aún del segundo feto.

Signos suministrados por el interrogatorio y la inspección. Signos suministrados por el tacto, durante el trabajo, después que el primero o el segundo feto haya salido.

Auscultación: Investigación de los focos de auscultación; los tres focos están lejos de encontrarse siempre por la disposición de los fetos y por la muerte de uno de ellos. Dificultades para conseguir resultado útil con estos signos de investigación.

Marcha del embarazo — Frecuencia del parto prematuro y del aborto en estos casos.

Parto tri gemelar — Período de dilatación relativamente largo; por el contrario el período de

expulsión es de corto tiempo—Estudio especial de las diferentes maneras como puede efectuarse el alumbramiento.

Pronóstico para la madre—Lentitud del trabajo, hemorragias del alumbramiento y presentaciones anormales,

El pronóstico para los niños es particularmente desfavorable.

Conducta que debe seguirse — La conducta variará durante el embarazo y el parto. En este último caso variará también según los diferentes tiempos y las complicaciones que se presenten.

EMBARAZO Y PARTOS CUÁDRUPLOS

El embarazo cuádruplo no ha sido aún diagnosticado antes del parto. Excepcionalmente llega a término y en la mayor parte de los casos termina por el nacimiento de niños que no vivirán.

Sin embargo, se citan casos de cuádrigéminos nacidos viables.

EMBARAZOS Y PARTOS QUÍNTUPLOS

El embarazo quíntuplo es muy raro y siempre es interrumpido. Excepcionalmente llega al quinto mes.

EMBARAZO Y PARTO SÉXTUPLO

El embarazo séxtuplo ha sido negado por muchos parteros; sin embargo, se citan dos casos que parecen auténticos; caso citado por Vassalí 1888 y el de Vortisch.

MECANISMO DEL PARTO EN GENERAL

El conocimiento íntimo de los diferentes tiempos y fenómenos del parto, debe primar sobre todo lo que interesa a la alumna de manera práctica y especial, ya que en la generalidad de los casos el rol de la obstetriz, se reduce a atender a su cliente en el momento del parto. El profesor debe valerse, pues, con marcado interés, desde el primero hasta el último día de la práctica de la estudiante de todos los medios modernos relativos a su mejor ilustración, como son los mapas murales, las representaciones gráficas y proyecciones, tan usadas en estos días.

No obstante, los diferentes tiempos que comprende, y señalados más abajo, serán explicados en el maniquí primero, para verificarse luego en la sala de trabajo de la maternidad, en los diferentes casos prácticos que se presenten; explicaciones que constituirán la forma de enseñanza esencialmente práctica que hemos propuesto en nuestro plan de estudios.

Los cuatro tiempos fundamentales de todo parto los desdoblaremos, con la mayoría de los autores, en seis tiempos, para la facilidad de la descripción y de su estudio detallado.

Los tres actos fundamentales de todo parto se repiten en el mismo orden y sucesivamente para todos los segmentos del feto.

El encajamiento exige que la parte fetal que se presenta sea lo más pequeña posible; esta es la causa del apelonamiento que precede y acompaña al tiempo de encajamiento.

1o. *Tiempo apêlotonamiento*—La cabeza, que al fin del embarazo está ya flexionada en la presentación de vértice, se flexiona considerablemente, salvo en la presentación de cara en que se verifica más bien la deflexión bien pronunciada. De esta manera, la cabeza reducida puede encajarse,

Para las nalgas y la presentación de hombro, se verifica un fenómeno de compresión. Para el hombro además cierta inflexión lateral de la columna vertebral.

2o. *Tiempo de encajamiento*—Manera como se verifica el descenso de la presentación, en la pélvis, del vértice y las nalgas, de la de cara y hombro.

3o. *Tiempo, Rotación intra-pelviana*—Para la presentación de vértice y de nalgas, esta rotación se verifica cuando estas partes han descendido al estrecho inferior. Manera como se verifica esta rotación en la presentación de hombro y cara.

4o. *Tiempo de desprendimiento*—Manera como se verifica este tiempo en la presentación de vértice y de cara. Desprendimiento de la presentación de nalgas. Desprendimiento del tronco.

5o. *Tiempo de la rotación externa del primer segmento fetal*—Rotación externa de la cabeza y de la cara, que son absolutamente semejantes.

Rotación externa de las nalgas y del hombro.

6o. *Tiempo del desprendimiento del tronco* en los diferentes casos.

ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento, segundo tiempo para unos y tercer período del parto para otros, requiere de una manera especial más aún que para el primer

tiempo, la abstención de toda tentativa de parte de la alumna, sobre lo que es necesario insistir con tenacidad, bien entendido, mientras no se presente la indicación precisa de intervenir.

La alumna de obstetricia, debe estar persuadida que los diversos tiempos del alumbramiento se cumplen, casi siempre, espontánea y naturalmente a condición tan sólo de saber esperar.

Nada es más difícil en la práctica de los partos, que respetar el precepto que acabamos de señalar y que podríamos formularlo así, abstenerse de toda manipulación durante el alumbramiento, es asegurar la buena marcha del puerperio.

Es necesario advertir que realizándose el alumbramiento, por lo general, cuando la obstetriz se encuentra en el máximo de fatiga, muchas veces por ganar diez o doce minutos, se esclaviza cuatro o seis horas mas del tiempo que hubiera necesitado para dar por terminada su misión, en razón de los accidentes e incidentes que suelen presentarse cuando no se dispone de la calma que es menester.

Hay, pues, una tendencia detestable contra la cual es preciso reaccionar y es la precipitación con que proceden nuestras parteras y muchos de nuestros médicos también, tratando de realizar el alumbramiento apenas el feto ha sido expulsado del claustro materno, originándose entonces la serie de dificultades y accidentes que constatamos al ser llamados para combatirlos y cuyas consecuencias inmediatas y tardías son el tema obligado de nuestras consultas.

En abundamiento, de las medidas puestas en práctica para evitar los fenómenos que acabamos de apuntar, creo necesario e indispensable, educar a la alumna de manera esmerada desde su primera asistencia, haciéndole comprender la necesidad de abstenerse de toda manipulación, que casi siempre será nociva para la parturiente, y en este sentido deberá reducirse a la inspección y palpación, medios suficientes para darse cuenta del volumen, consistencia y evolución del útero; y sólo cuando trascurra por lo menos tres cuartos de hora de la expulsión del feto, le será permitido hacer el tacto y acudir en ayuda de la naturaleza.

En tal sentido existe en la sala de trabajo de la parte de la maternidad que corre a mi cargo, un aviso pertinente al caso. Esta es la regla de conducta que debe observarse en el alumbramiento y que se hará cumplir estrictamente a las alumnas.

GENERALIDADES DEL ALUMBRAMIENTO

Definición—El alumbramiento es la expulsión espontánea, extracción simple o artificial de los anexos del feto, placenta, membranas y cordón. Estas partes, en conjunto, toman el nombre de secundinas, párias o anexos del feto.

Cuando se hace la expulsión espontánea hay que considerar tres tiempos.

Primer tiempo—Desprendimiento de la placenta y de las membranas.

Segundo tiempo—Expulsión de las secundinas fuera del útero.

Tercer tiempo—Expulsión de las secundinas fuera de los órganos genitales externos.

B. Extracción simple de los anexos del feto.

Que comprende, por más que parezca contradictorio, el alumbramiento llamado impropriamente natural por muchos autores, cuyos métodos son:

1o. El alumbramiento por tracción sobre el cordón, cuando la placenta y gran parte de las membranas se han desprendido.

2o. Alumbramiento por expresión suave francesa, distinta del primitivo método Credé. El método mixto o combinado.—Método mixto.

C. Extracción artificial propiamente dicha.

En la que la mano extrae la placenta de la cavidad uterina, adherente en su totalidad o en parte o simplemente retenida por inercia uterina o por alguna otra complicacion del álumbramiento.

Accidentes y complicaciones.

Conducta que debe seguirse después del alumbramiento—Examen de las secundinas.

Retención de membranas. Causas. Pronóstico. Conducta que debe seguirse. Inyecciones vaginales, concepto actual. Uso, abuso y abstención de dichas inyecciones. Las mismas consideraciones sobre las inyecciones intra uterinas.

CAPÍTULO X

DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS

Las contracciones uterinas durante el trabajo del parto, pueden afectar tres tipos bien diferentes; pueden ser demasiado fuertes en proporción a la resistencia ofrecida al descenso del feto, pueden ser demasiado débiles o pueden ser anormales en su modo de presentarse. En consecueucia tendremos:

- 1° Trabajo rápido.
- 2° Inercia uterina.
- 3° Contracciones irregulares y espasmódicas.

TRABAJO RÁPIDO

Este término es aplicado a la expulsión rápida del feto.

Etiología—Desproporción entre la fuerza uterina y la resistencia ofrecida al descenso del feto—Contracciones uterinas excesivamente fuertes—Feto pequeño—Facil dilatabilidad del canal genital—Causas de anormalidad de las contracciones uterinas.

Síntomas.

Complicaciones posibles: ruptura del cordón—Desprendimiento intempestivo de la placenta—Hemorragias *post-partum*.

Tratamiento—Evitar las posiciones inconvenientes—Atender las complicaciones.

INERCIA UTERINA

Esta complicación, después de la salida del niño, es de los más frecuente; cuando dura 15 a 20 minutos puede decirse que es la inercia fisiológica; cuando esta se prolonga por mas tiempo, la inercia se vuelve patológica y puede presentar diferentes grados hasta llegar a la parálisis absoluta del músculo.

Las causas productoras de la inercia son múltiples y pueden depender de la estructura defectuosa congénita. Esta inercia puede llamarse primitiva; entonces la inercia secundaria sería la consecuti-

va a la sobre-distensión del músculo uterino por el embarazo gemelar, el hidramnios, o cualquier otra causa.

Son también causas de inercia uterina las enfermedades que sobrevienen a la mujer durante el trabajo y en particular las afecciones crónicas del organismo.

La anestesia general por el cloroformo y el eter, practicado durante el trabajo, puede ser también causa de inercia durante el alumbramiento.

Se diagnostica la inercia uterina por la existencia de una masa blanda, depresible, no elástica apreciada por la aplicación de la mano sobre el *globo de seguridad*.

CONTRACCIONES IRREGULARES Y ESPASMÓDICAS

Las contracciones espasmódicas, anormalmente dolorosas, pueden tener su asiento en el cuerpo del útero o en el cuello.

Contracciones espasmódicas del cuerpo—Espasmódicas clónicas—Espasmos tónicos o tetánicos—Sus causas—Pueden ser también debidos los espasmos tónicos a la administración de oxitócicos, particularmente la ergotina.

Síntomas—La persistencia del espasmo tónico puede concluir con la muerte del feto.

Diagnóstico.

Tratamiento profiláctico de la contracción misma.

Contracciones espasmódicas del cuello—Las contracciones espasmódicas de las fibras circulares del cuello, pueden presentarse durante el trabajo—

Trismus-uterino — División de la cavidad uterina en dos o más segmentos.

Etiología: ruptura prematura de las membranas; placenta previa,

Síntomas,

Diagnóstico.

Tratamiento.

Pronóstico—El pronóstico está subordinado, tanto para la madre como para el feto, a la duración y persistencia de los espasmos y de las complicaciones.

HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO

Se hacen al nivel de la herida placentaria en la mayor parte de los casos y la partera debe pensar siempre cuando una mujer pierde sangre que es de origen uterino; pero como también puede provenir de la vagina o de la vulva debe examinar cuidadosamente estos órganos, procurar hacer la restauración inmediata de la herida, si es posible y tener cuidado si aparecen síntomas característicos de quedar anemia aguda.

División de las hemorragias del alumbramiento en primitivas y secundarias. Sus causas,

Síntomas, tres signos principales que deben tenerse presente.

1° Secreción sanguínea externa (que falta en algunas formas),

2° Modificaciones de la consistencia del útero.

3° Fenómenos de anemia aguda. Apreciación de estos signos.

Apreciación de los tres modos como puede realizarse la hemorragia. (Hemorragia externa, interna y mixta.

Diagnóstico de estas hemorragias.

Pronóstico. Siempre serio, varía según los casos y depende sobre todo de la rapidez del diagnóstico y de la decisión con la que se instituye el tratamiento.

Hemorragias que sobrevienen inmediatamente después del alumbramiento—No difieren de las precedentes y dependen generalmente de la retención de una parte de las secundinas.

Tratamiento de las hemorragias del alumbramiento. Tratamiento profiláctico. Tratamiento curativo,

INVERSIÓN UTERINA

Este fenómeno consiste en la invaginación del útero en su propia cavidad y en la vagina. El órgano se invierte como un dedo de guante, en que la superficie exterior se vuelve interior e inversamente.

Accidente más bien del puerperio y en particular del alumbramiento.

Se distingue en la inversión uterina, cuatro grados que indican la magnitud de la inversión.

Etiología y patogenia. Condiciones que favorecen su producción. Mecanismo de la inversión uterina.

Frecuencia.

Síntomas en relación con sus diferentes grados: desaparición del globo uterino; examen de la vulva, exploración por el tacto vaginal.

Formas clínicas.

Evolución. Se puede observar: muerte rápida por hemorragia (shock) y gangrena del tumor.

Pronóstico.

Tratamiento profiláctico y curativo.

Procedimientos de reducción manual. Reducción instrumental. Valor y elección de los procedimientos.

Inversión irreductible.

RETENCIÓN DE SECUNDINAS

La retención total de las secundinas, ha sido comprendida en el capítulo del alumbramiento. En éste, trataremos sólo de la retención parcial, es decir, cuando después de expulsada la placenta quedan algunos fragmentos de ésta v. g.: colgajos de membranas en la cavidad uterina.

Retención de cotiledones fraccionarios—Desgarrada la placenta, pueden quedar uno o muchos cotiledones adheridos al útero. Se comprenderá fácilmente que la principal causa de este desprendimiento incompleto es la extracción muy rápida de la placenta. Además, pueden existir como causas, el engatillamiento de la placenta, adherencias anormales y fibromas del útero, etc.

Signos de retención de cotiledones.— Forma globulosa del útero, apreciable a la pelpación. Permeabilidad del cuello apreciable al tacto. Este signo tiene una gran importancia, sobre todo, después del tercer día.

Examen atento de la placenta y membranas.

Accidentes de retención—Hemorragias precoz y tardía. Hemorragias abundantes, y de cierta

gravedad. Pequeñas hemorragias repetidas a intervalos variables. Persistencia del color rojo de los lóquios.

Complicaciones de la retención. Frecuencia de la infección, El tejido placentario puede ser expulsado espontaneamente, puede ser reabsorbido y desaparecer o puede quedar adherente y continuar viviendo y aún proliferar a la manera de verdadero neoplasmo.

Diagnóstico— Diagnóstico inmediatamente después del alumbramiento y diagnóstico tardío.

Pronóstico.

Tratamiento—Diagnosticada la retención de los cotiledones, debe extraérseles inmediatamente.

Ineficacia de las inyecciones intra-uterinas, Uso de la cureta y peligros de su empleo.

Recomendación de la extracción manual precedida de la asepsia rigurosa de las manos. Tratamiento de las hemorragias. Intervención en los accidentes infecciosos.

Retención de las membranas—Sus causas. Retención total y parcial de las membranas.

Stgnos y accidentes—Examen del huevo después del alumbramiento. Expulsión espontánea de las membranas por colgajos sucesivos en un solo tiempo. Expulsión sin el menor signo ni dolor o acompañados de cólicos violentos y de secreción.

Pronóstico.

Tratamiento—Aplicación de una pinza en el haz membranoso al ras del cuello. Evacuación de la cavidad uterina. Escobillonaje minucioso es el procedimiento de elección para la extracción de las membranas. Cuidados consecutivos que deben recomendarse.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO I

PUERPERIO FISIOLÓGICO

EL ESTADO DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

Antes de ocuparnos del estado de la mujer durante el puerperio y de las modificaciones generales de su organismo, diremos algo sobre el examen y los cuidados que debe darse a la mujer inmediatamente después del alumbramiento.

Empleo de los medios habituales.

1º *Inspección*—Constatación clara de una eminencia acentuada en la vecindad del ombligo, formada por el cuerpo uterino.

2º *Palpación*—La palpación nos dará datos exactos sobre el estado del órgano uterino, que tiene normalmente la consistencia leñosa o bien una sensación de relajamiento alterternada con cierta renitencia. Interpretación favorable de este signo.

Los órganos genitales externos vulva, vagina, porción inferior del útero, cuello y cavidad cervical será objeto de un examen prolijo. Así, el examen de las regiones vulvar y perineal nos permitirá constatar las lesiones de orden diferente que se producen en el momento del pasaje de la cabeza, de los hombros o de cualquiera de las partes del niño.

El examen de la vagina por medio del tacto nos dará datos sobre la integridad de este órgano. En caso de que el parto termine artificialmente se hará uso de las valvas para una constatación amplia y segura.

Examen del cuello, en el parto normal, sobre todo en la primípara, es frecuente una pequeña desgarradura lateral izquierda, reconocible al tacto y mejor con las valvas.

Conducta que debe seguirse en este caso, o cuando las desgarraduras sean de más significación.

Cuidados que debe darse a la mujer inmediatamente después del alumbramiento. Toilette vulvo-vaginal. Inyecciones vaginales sólo en casos muy especiales. Peligros de las inyecciones intra-uterinas. Procedimientos para verificar una buena curación antiséptica intra-uterina en caso necesario.

ORGANISMO GENERAL DURANTE EL PUERPERIO

Retracción de las paredes abdominales a consecuencia de la tonicidad normal de estos órganos.

Desaparición de las várices de los miembros inferiores, si existían antes de la expulsión del niño. Desaparición progresiva del edema de las diferentes partes del cuerpo y de las partes genitales.

Normalización de los fenómenos respiratorios y de la circulación. Normalización de las funciones de la piel y de la excreción urinaria.

FENÓMENOS DEL PUERPERIO

Después de verificado el parto, además de las hemorragias secundarias y del Shock se ve aparecer en ciertas mujeres un escalofrío muy marcado acompañado de temblor general, castañeteo de dientes, sin acompañarse de elevación de la temperatura, ni aceleración durable del pulso. Explicación de este fenómeno.

ESTUDIO CLÍNICO DE LA REGRESIÓN UTERINA

División de estos fenómenos en locales y generales.

Fenómenos locales: Estudio de los lóquios, o sean los líquidos segregados del útero y vagina. Color. Duración de los lóquios. Desaparición hacia los quince días. Bajo la influencia de los movimientos y otras causas pueden reaparecer: *pequeño retorno de los loquios*. Seis semanas después del parto, aparición del verdadero retorno de los loquios.

Cantidad de líquido evacuado. Influencia de la edad. Disminución de los lóquios en las mujeres que amamantan,

Importancia que tiene para la partera la apreciación del olor *suigéneris* que en estado normal tiene este líquido,

El conocimiento histológico, químico y bacteriológico tiene más importancia para el médico que para la partera, sin que esta deje de poseer ciertas ideas generales al respecto.

FENÓMENOS GENERALES

Temperatura. Pulso. Aparato pulmonar.

Si estos últimos capítulos no son de importancia para la partera, porque su apreciación exige la cultura del médico, no sucede lo mismo en la apreciación de los fenómenos que se realizan del lado de las mamas. Secreción láctea. Época de su aparición. Calostro, composición de la leche. Fiebre de leche.—Explicación de este fenómeno.

Aparato urinario—Cantidad de orina emitida en 24 horas. Principales caracteres físicos, químicos y patológicos. Cistitis. Sus causas. Diagnóstico. Tratamiento.

Cateterismo uretral. Práctica del cateterismo uretral.

Cuidados que deben darse a la recién parida durante el puerperio.

Además de la vigilancia de la temperatura y del pulso y de los diferentes aparatos que acabamos de señalar, la partera deberá tener cuidado especial en la higiene de la vulva y de las heridas de esta región, si existen. No se dará inyección vaginal sino en casos muy especiales. En caso de retención de membranas, escobillonaje después de 24 horas.

Accidentes inmediatos observados en las primeras horas del puerperio: hemorragias, escalofríos sin elevación de temperatura. Tratamiento.

Anomalías de la involución uterina—Sub-involución.

Permanencia en el lecho de la recién parida. Precauciones y época en que debe levantarse.

CAPÍTULO II

PUERICULTURA EXTRAUTERINA

CUIDADOS QUE DEBE DARSE AL RECIÉN NACIDO

Ligadura y sección del cordón. Momento y forma en que debe practicarse. Caída del cordón. Higiene de los ojos. (Profilaxia de la oftalmía purulenta). De la muerte aparente del recién nacido. Etiología y sus diversas formas: Aturdimiento. Forma azul o estado asfíxico. Forma blanca o estado síncopeal. Forma mixta. Mecanismo de su producción. Tratamiento correspondiente a las diversas formas clínicas.

Higiene del recién nacido—Exámen metódico de sus diversos órganos y aparatos.

¿Debe bañarse al recién nacido? ¿Debe continuarse bañando? Limpieza del recién nacido por las afusiones de agua esterilizada con algodón esterilizado. Vestido del recién nacido. Lecho. Temperatura del cuarto. Cuarto común con la madre o cuarto separado. Cuarto de bebés. Interpretación de los gritos. Cuidados de limpieza. Primera salida del recién nacido. Edad en que debe vacunarse. Circuncisión. Sus indicaciones y contraindicaciones, Epoca en que debe practicarse,

Secreción urinaria. Su composición. Modificaciones de la piel. Fluxión mamaria de los recién nacidos. Secreción sanguínea de la vulva.

Alimentación del recién nacido—Fisiología de la secreción láctea. Calostro. Su composición. Aparición de la leche. Fiebre de leche. Su interpreta-

ción. Composición de la leche. Cantidad. Bacteriología de la leche. Influencia de la menstruación sobre la secreción láctea. Influencia del embarazo. Influencia de la alimentación. Influencia de las enfermedades agudas y de los trastornos del sistema nervioso. Sustancias que pasan en la leche. Influencia del alcohol. Los medicamentos y la secreción láctea.

Ventajas de la alimentación materna. Sus contraindicaciones. Principales reglas de la alimentación materna. Duración de las tetadas. Cantidad de las mismas, balanza.

Régimen de la mujer que láctea. Supresión temporal o definitiva de la lactancia. Complicaciones locales de la lactancia. Grietas del pezón. Complicaciones y tratamiento.

Crecimiento del recién nacido—Peso y estado de las suturas y fontanelas.

Alimentación mixta — Alimentación por nodriza mercenaria. Elección de la nodriza. Precauciones que deben tomarse en la elección. Régimen alimenticio de la nodriza mercenaria. Higiene de la nodriza.

Alimentación artificial—Diferencia de la composición de la leche según los animales. Precauciones que deben tomarse para la extracción de la leche. Esterilización de la leche. Pasteurización de la leche. Ebullición de la leche. El baño de María. Modo de usarlo. Mezcla de la leche.

Destete. Epoca y forma del destete.

CAPÍTULO III

PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

La patología del embarazo comprende dos capítulos: uno trata de las enfermedades agudas y crónicas que pueden presentarse en el curso del embarazo; y otro de las enfermedades propias de la mujer en cinta. El primer capítulo, el de las enfermedades agudas y crónicas, no puede ser abarcado íntegramente por las parteras; su estudio supera a sus condiciones de capacidad; pero sí deben tener nociones de ellas, pues, como ya he dicho, es la partera, con frecuencia, la primera a quien se consulta y debe indicar, sus sospechas y la necesidad de la asistencia médica inmediata.

El segundo capítulo, relativo a las enfermedades de la mujer en cinta, con las auto-intoxicaciones, albuminuria, etc, sí interesa muy de cerca a la partera y su estudio será objeto de especial contracción.

La partera debe tener siempre presente, cuando un embarazo no evoluciona de una manera normal, sino con incidentes o con alguna complicación que le haga sospechar un estado patológico, que es posible la existencia de una tara patológica anterior a la concepción, o que esté atacada de una afección mórbida cualquiera durante el embarazo. Los conocimientos que tenga a este respecto pueden servirle de guía para la recomendación de la asistencia médica que es indispensable en tales casos.

PATOLOGÍA DE LA MUJER EMBARAZADA

No es necesario hacer una exposición completa de todas las enfermedades que pueden presentarse en el curso del embarazo; indicaremos las principales.

ENFERMEDADES AGUDAS

Fiebres eruptivas: Sarampion. Escarlatina. Viruela, con sus diferentes formas. Transmisión de la viruela al producto de la concepción. Tratamiento de la viruela en el curso del embarazo.

Vacunación de las mujeres en cinta. En la práctica, salvo en tiempo de epidemia de viruela, se debe vacunar a las mujeres embarazadas? En cuanto al recién nacido puede ser vacunado en los primeros días, aún cuando prende mejor mientras más días trascurren del nacimiento. Precauciones que deben tenerse en los niños con lesiones cutáneas.

Erisipela. Influenza o gripe. Paludismo y cólera, peste bubónica. Neumonía, pleuresia. Sus diversas formas clínicas. Tratamiento. Fiebre tifoidea. Su influencia sobre el embarazo. Metodo y diagnóstico. Pronóstico y tratamiento. Leucemia. Hemofilia. Púrpura.

Sífilis. Sífilis materna. Influencia del embarazo sobre la sífilis. Influencia de la sífilis sobre la marcha del embarazo. Influencia de la sífilis sobre el trabajo. Las lesiones recientes (chancro, placas mucosas) de los órganos genitales externos, acompañados de edema, están predispuestos a las desgarraduras y a la infección.

Las lesiones sifilíticas del cuello crean dificultades al parto y pueden producir desgarraduras más o menos extensas.

Influencia de la sífilis sobre el alumbramiento y el puerperio.

Influencia de la sífilis sobre el feto en la forma reciente; la muerte del producto de la concepción es la regla. Generalmente el feto sucumbe antes de llegar a término y es expulsado en estado de maceración. Debe tenerse presente que el estado del feto expulsado en este estado no es siempre sifilítico.

Cuando el niño nace vivo, con manifestaciones sifilíticas, (pénfigo, placas mucosas, eritema, etc.) que lo es bien importante saber diferenciar; es preciso hacerles conocer a los padres a fin de que puedan instituir desde el principio el tratamiento específico que le indique su médico. Mal formaciones y mónstruos a que pueden dar lugar la sífilis.

Sífilis transmitida a la segunda generación.

Sífilis contemporánea de la concepción. Accidentes secundarios. Distocia por esta causa.

Sífilis después de la concepción.

Tratamiento de la sífilis materna. Tratamiento del niño.

Alimentación de los niños sifilíticos o sospechosos de sífilis, en el caso en que la madre y el niño presentan síntomas de sífilis; así como cuando el niño parezca sano y la madre presente accidentes de esta infección. Alimentación cuando el niño no es sifilítico y la madre parece sana,

Sífilis paterna.

TUBERCULOSIS

Tuberculosis pulmonar. En la época en que las mujeres están más aptas a la fecundación es precisamente cuando más frecuente se manifiesta en ella la tuberculosis pulmonar.

Influencia del embarazo sobre la predisposición a la tuberculosis pulmonar.

¿Debe aconsejarse el matrimonio a la mujer que por su herencia o sus antecedentes parezca predispuesta a la tuberculosis?

El embarazo no crea ninguna inmunización contra el bacilo de Koch?

Acción del embarazo sobre la tuberculosis pulmonar: estudio de la acción del embarazo sobre la tuberculosis pulmonar en sus diferentes épocas. Complicaciones y consecuencias fatales que pueden sobrevenir. Tuberculosis laríngea.

Influencia del parto y del puerperio sobre la tuberculosis pulmonar.

Influencia de la tuberculosis pulmonar sobre el embarazo, el parto y el puerperio. Frecuencia del parto prematuro.

Herencia tuberculosa. Transmisión de la tuberculosis de la madre al feto. Herencia paterna (negada por la mayoría de los autores). El contagio por herencia (vía placentaria), es por el contrario **aceptada**.

Meningitis tuberculosa. Conducta que debe seguirse diagnosticada esta afección, si el niño es viable.

Otras formas de tuberculosis: la peritonitis tuberculosa, la tuberculosis genital, la tubercu-

los renal y las tuberculosis óseas y articulares, deben ser también conocidas ligeramente por las parteras.

INTOXICACIONES

Todos los venenos tóxicos, como se comprenderá, pueden ejercer su acción sobre la mujer en el curso del embarazo. Además de los efectos que estas sustancias ejercen sobre el organismo materno, pueden ejercer su acción funesta sobre el feto; pues la mayor parte atraviezan la placenta y alcanzan al feto, cuya muerte es frecuente.

Alcoholismo: causa de la mayor mortalidad fetal e infantil y de la degeneración de la raza.

Influencia del alcoholismo sobre el embarazo y el producto de la concepción.

Alcoholismo y lactancia. Pasaje del alcohol ingerido a la leche de la nodriza. Consideraciones terapéuticas.

Saturnismo: intoxicación aguda y crónica por sales de plomo.

Hidrargirismo: agudo y crónico.

Intoxicaciones por el arsénico, fósforo y óxido de carbón.

Intoxicación por el opio.

Intoxicación por el tabaco. Acción del tabaco sobre el embarazo según que sea fumado, o inhalado bajo la forma de polvo, como sucede en fábricas manufactureras.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Epilepsia. Histeria. Corea. Parálisis. Tic convulsivos.

Trastornos mentales durante el embarazo: Este suele presentar trastornos más o menos marcados del carácter y de la inteligencia que pueden en ciertos casos acentuarse y constituir verdaderas psicosis puerperales, independientes de toda intoxicación gravídica y de toda infección aparente; lo que es importante conocer a la partera, para descargar su responsabilidad acudiendo al especialista en dichos trastornos que están íntimamente vinculados a las perturbaciones del embarazo y a las complicaciones del parto y puerperio, cuyo estudio comprende:

1º psicosis que sobreviene en las eclámpticas.

Duración de esta psicosis. Pronóstico. Tratamiento en las eclámpticas y en las infectadas. Tratamiento profiláctico.

Enfermedades del corazón.

Enfermedades del aparato circulatorio—Sabido es que el embarazo produce en las diferentes regiones del aparato circulatorio modificaciones importantes, de donde la recíproca influencia entre el estado puerperal, en su sentido más lato, y los diversos trastornos del aparato circulatorio. Estudiaremos, pues, tanto la influencia del embarazo y el parto sobre las diversas lesiones del corazón, como la influencia de los trastornos cardíacos sobre el estado puerperal.

La influencia que ejercen las enfermedades ó trastornos del corazón, sobre el embarazo y el parto, depende casi únicamente del estado en que se encuentra la musculatura del corazón. La localización en tal o cual orificio tiene mucha menor importancia que el estado del miocardio mismo. En efecto, cuando el corazón está sano y se hipertrofia,

mediante un tratamiento conveniente queda compensada la lesión orificial y el embarazo puede seguir su curso regular sin mayor inconveniente. Pero, cuando no se establece la compensación porque el mal estado de la fibra cardiaca no lo permite, el desequilibrio se produce y la asistolia que es su consecuencia puede ocasionar la muerte muy en especial durante el parto.

En los ataques de disnea intensa, el feto puede sucumbir por el exceso de ácido carbónico en la sangre materna. Si el útero evacua su contenido el alivio es inmediato y muy posible la terminación feliz del parto. En los trastornos cardíacos el peligro es mayor en los últimos momentos del trabajo, ya por el descenso de la presión abdominal o bien por exceso de tensión en el corazón derecho.

Se debe terminar el parto artificialmente por medio del forceps o la versión evitando de esta manera los esfuerzos terminales que son muy peligrosos, sobre todo en las lesiones orgánicas del orificio mitral con degeneración de la fibra cardiaca.

En los casos muy avanzados, cuando la situación se hace particularmente grave a consecuencia de la asistolia consecutiva a la degeneración acentuada del miocardio, si el trabajo está en su comienzo o todavía no se ha iniciado, lo mejor es esperar porque más vale dejar morir al paciente que matarlo, lo que ocurriría si se intentara, en estas condiciones, intervenir violentamente en cualquier sentido. Esto es por lo ménos lo que aconseja la observación y experiencia sobre el particular.

Dicho esto, se estudiará todo lo concerniente a esta recíproca influencia, considerando los

diversos estados y momentos del embarazo, parto y puerperio, recomendando de manera especial la concurrencia del médico, por necesitar dichos trastornos los conocimientos de medicina en general para ser debidamente interpretados y tratados.

Enfermedades de las venas: son generalmente de orden mecánico: várices de los miembros inferiores, órganos genitales, del ano y del recto.

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER EN CÍNTA

Aparato digestivo: Tialismo; gingivitis; odontalgia. Constipación y diarrea. Vómitos: Pueden ser venignos y constituir solo una incomodidad o revestir un carácter grave y aún comprometer la existencia de la mujer.

Los primeros, aparecen generalmente al fin del primer período del embarazo y pueden variar desde el estado nauseoso en las máñanas hasta la expulsión de los alimentos inmediatamente después de su ingestión y sin el menor esfuerzo. Su duración es de ordinario de dos a tres meses; pueden reaparecer mas tarde o durar toda la gestación. Pronóstico. Tratamiento.

Vómitos graves o incoercibles. Son como hemos dicho los que constituyen a veces una enfermedad de pronóstico sério con aceleración del pulso y puede ocasionar la muerte con rapidez desconcertante.

Síntomas. División en tres períodos: 1o. período de enflaquecimiento; 2o, período febril; 3o, período de accidentes nerviosos.

Esta clasificación es la mas aceptada en clínica.

Patología de los vómitos incoercibles. Diagnóstico.

Evolución y complicaciones. Duración de cada período de los vómitos incoercibles.

Complicaciones.

Terminación.

Tratamiento. Tratamiento médico. Tratamiento quirúrgico. Signos que obligan la intervención: oliguria. Pérdida de peso, aceleración del pulso, aumento de temperatura, trastornos nerviosos (delirio, neuritis o polineuritis.)

Albuminuria. Este síntoma que se observa en muchas enfermedades puede estar ligado al embarazo mismo y desaparecer después del parto. Es de esta albuminuria gravídica propiamente dicha de la que nos ocuparemos y como puede aparecer en la orina durante el puerperio, nos ocuparemos también, de una manera breve, de su estudio.

Albuminuria gravídica.

Etiología. Patología. Teoría de Pinard: la hepato-toxemia. Su explicación.

Teoría de la presencia en la sangre de citolisinas, segregadas por el plasmodio. Teoría de la retención de cloruros, amoniaco, etc.

Anatomía patológica.

Estudio clínico. La partera debe conocer la investigación de la abúmina en la orina por los diversos procedimientos habituales, para conocer la verdadera causa de los trastornos a que da lugar la albuminuria; principalmente los diversos edemas; la cefalea frecuente y tenaz; el insomnio y otros síntomas de impertención arterial: frecuencia del pulso, trastornos de los órganos de los sentidos, especial-

mente de la vista, epístaxis y hemorragias diversas.

Marcha de la albuminuria gravídica.

Diagnóstico: examen de la orina.

Pronóstico. El pronóstico es tanto más serio, cuanto más descuidado ha sido el diagnóstico. La albuminuria, durante el embarazo, puede ser considerada como el síntoma precursor de la eclampsia.

Pronóstico para la madre y para el feto.

Tratamiento. Régimen lácteo. Régimen decolorado. Empleo de los diuréticos y de las fricciones. Higiene de los vestidos. Reposo en el lecho. Empleo de los purgantes. Su elección según los casos. Tratamiento de las complicaciones.

Albuminuria del puerperio—Complicaciones a que da lugar.

Su tratamiento. Diagnóstico y pronóstico.

ECLAMPSIA

Tal es el síndrome, generalmente grave, propio al estado puerperal (embarazo, parto y puerperio) de carácter convulsivo, que se presenta por accesos en forma inmutable y acompañados o seguidos de pérdida o abolición más o menos completa y más o menos prolongada de las facultades sensitivas e intelectuales.

Etiología. Frecuencia. Época de su aparición, puede aparecer en todo el transcurso del embarazo y con tanto más frecuencia cuanto más cerca del término se encuentra la mujer.

Causas predisponentes: primiparidad, embarazo gemelar; neuropatía anteriores.

Causas ocasionales: acción del frío; intoxicación alimenticia, alcoholismo, fatigas exageradas.

Causas determinantes: Patogenia. Teoría del origen nervioso; teoría del origen microbiano; teoría de la auto-intoxicación. Esta última teoría, que es admitido hoy día, dividida a su vez en: 1º auto-intoxicación de origen materno; 2º auto-intoxicación de origen fetal.

Relación de la eclampsia con la albuminuria.

Sintomatología. Casos en que el comienzo estalla de una manera brusca. Casos precedidos de prodromos.

Estudio de los accesos elámppticos: Fase de invasión. Fase de las convulsiones tónicas. Fase de las convulsiones clónicas. Fin del acceso.

Marcha

Complicaciones.

Influencia sobre el estado puerperal, durante el embarazo y durante el parto.

Pronóstico materno y fetal,

Diagnóstico, durante los accesos (eliminación de la epilepsia, histeria y eclampsia saturnina).

Diagnóstico durante el *coma* (eliminación del coma de la embriaguez, coma medicamentoso y el de la meningitis, afecciones cerebrales).

Anatomía Patológica.

Tratamiento: médico, obstétrico y quirúrgico.

Trat. médico: protección de la lengua con una compresa y del cuerpo todo. Diuréticos, purgantes drásticos. Tónicos cardiacos, sangría, opio, cloral, bromuro. Tratamiento médico, durante el embarazo y el parto. Tratamiento quirúrgico: se considerará en sus grandes líneas y nada mas. El resto lo verán en la práctica por ser el tratamiento del día.

AFECCIONES DEL RIÑÓN

Cólico nefrítico. Pielonefritis. Patogenia. La compresión del riñón por el útero grávido más fácil a la derecha que a la izquierda, predispone a las lesiones del riñón, y a la pielonefritis. Su estudio clínico. Pronóstico. Tratamiento.

Régimen lácteo absoluto, purgantes repetidos y reposo en el lecho. Los casos rebeldes son del dominio quirúrgico.

AFECCIONES CUTÁNEAS EN EL CURSO DEL EMBARAZO

Todas las afecciones de la piel, pueden ser observadas en la mujer durante el embarazo, exagerrando sus síntomas habituales y resistiéndose con tenacidad a todos los tratamientos.

Las afecciones principales son: efélides. Cloasma. Vitiligo. Herpes. Impétigo. Afecciones parasitarias (acarosis, etc.) Prurito generalizado. Prurito vulvar; fenómenos estos últimos referidos generalmente a auto-intoxicaciones.

Enfermedades del aparato genital. Leucorrea-vaginitis granulosa (gonococia, vegetaciones vulvares.)

Enfermedades del aparato genital. — Prurito vulvar, leucorrea, vaginitis vegetante y vegetaciones vulvares. Prolapsus del útero. Hernia uterina. Alargamiento hipertrófico del cuello. Edema del cuello. Relajamiento de la sínfisis de la pelvis. Síntomas y diagnóstico. Patogenia y tratamiento. Reumatismo puerperal. Etiología. Síntomas, Diagnóstico y tratamiento.

DESVIACIONES DEL ÚTERO GRAVIDO

Retro-desviaciones.—Son las desviaciones hacia atrás del útero.

Disposicion y relaciones del cuerpo y cuello de la matriz en estas desviaciones.

Epoca de su presentación: solo excepcionalmente se originan en el embarazo.—Es congénita, o adquirida en un puerperio anterior en el mayor número de casos.

Sus manifestaciones: fenómenos mecánicos por compresión de los órganos de la pelvis: trastornos del lado de la vejiga y del recto con tendencia a atenuarse al tercer mes. La reducción espontánea de la situación anormal del útero, es la terminación más frecuente de las retro-desviaciones durante el embarazo, favorecida por el reposo en cama durante dos o tres semanas. Otras veces no es así; ya sea porque el útero está fijo al sacro por falsas membranas que lo envuelven o porque el género de vida no permite el reposo que es obligado para la reducción; sobre todo, si el promontorio es saliente (incarceración). Las consecuencias varían según se considere la retroflexión o retroversión, y desaparecen con el aborto. Si este no ocurre se presenta la muerte por infecciones múltiples o *septicemia generalizada*. Excepcionalmente sobreviene la muerte por sépsis uterina o gangrena del intestino.

Cuando la fijación del útero se hace tan sólo por la pared posterior, la suerte es otra, toda vez que la evolución complementaria de la parte anterior del órgano permite el desarrollo del feto (retroflexión parcial del útero grávido).

Tratamiento: 1o. atiéndase al estado de la vejiga en primer término: cateterismo, abertura (Pinar) 2o. Enderezamiento del útero; si no es posible hágase el aborto o la punción del huevo a través de la vagina, sirviéndose de una aguja de inyecciones de mediano grosor que se introduce por la pared vaginal posterior

Ante-versión: La flacidez de las paredes del vientre y la multiparidad son fenómenos predisponentes (útero péndulo). Predisponen igualmente, la dificultad al encajamiento, la sifosis y la estatura pequeña. La retroflección parcial puede dar fenómenos semejantes a los de la forma total si la pared posterior se profundiza en la pelvis.

La retroversión: situación del útero y relaciones. Mas difícil de reducción espontánea o artificial—Más grave que la retrollexión—Diagnóstico: los trastornos vexicales harán pensar en el fenómeno: cateterismo y exámen combinado. —Dificultades de diagnóstico existen en la retrollexión parcial v. g.: la porción abdominal se toma por el útero grávido y la pared posterior parece un fibroma.

Terapéutica: prescindiendo de los trastornos del embarazo consiguientes, enderézese la víscera y fíjese en su nueva posición mediante la faja abdominal.

ENFERMEDADES DEL HUEVO

Enfermedades de la caduca. atrofia, endometritis, hidrorreas decidual y amniótica. Patogenia. Síntomas. Diagnóstico y tratamiento.

Ruptura prematura de las membranas. Causas. Diagnóstico. Tratamiento.

Enfermedades del corion y de la placenta, Quistes y diversos tumores, Degeneracion calcárea. Placenta albominúrica. Placenta sifilítica, cardiaca. marginada y ótras mas.

Desprendimiento prematuro de la placenta inserta normalmente.—Causas. Síntomas. Diagnóstico y Tratamiento.

PLACENTA PREVIA.—PLACENTA INSERTA EN EL
SEGMENTO INFERIOR

Definición.—La placenta inserta en el segmento inferior del útero se denomina previa, de (prae) delante y via ruta, es decir, implantada delante del camino que tiene que recorrer el feto.—Distintos nombres según la altura en la cual se inserta: lateral, marginal, central: que puede ser total o parcial. En todas estas variedades, el feto puede salir del huevo sin atravesar la placenta, por la brecha de las membranas; éstas son siempre accesibles según Pinard.

Etiología. —Muy frecuente si se considera como placenta previa aquellos casos en los cuales la distancia del borde de la abertura del huevo al borde inferior de la placenta es menor de 10 centímetros. La verdadera causa no se conoce: se habla de endometritis, fibromas—Teoría de Hofmeier para explicarla.

Signos.—Diagnóstico: casi siempre retrospectivo—A la palpación: sensación de blandura espe-

cial que da la cabeza cuando es empujada contra la pelvis.—Al tacto: el mismo fenómeno de blandera interpuesto entre los dedos que tactan y los que presionan la parte que se presenta.

Complicaciones:—procidencias, hemorragias, ruptura prematura de las membranas, presentaciones viciosas y parto prematuro.

Hemorragias:—mas frecuente en las primíparas. Se debe al desprendimiento de la placenta (Schröder y Pinard) o a la ruptura del seno circular.—(Budin).

Su mecanismo.—Su significación desde el punto de vista anatómico; sus caracteres; causa el aborto (Brion.)

Ruptura prematura de las membranas.—Según Pinard: si se pierde agua no se pierde sangre.

Presentaciones viciosas—nalgas, cara, frente y hombro la acompañan.

Parto prematuro:—a consecuencia de las hemorragias, de la ruptura prematura de las membranas o del descenso exagerado de la cabeza (primíparas).

Terapéutica:—No existe profilaxia en general sino tratamiento de las complicaciones contra las que sí se puede actuar.

Tratamiento de las presentaciones, viciosas: deben ser corregidas algunas veces las de nalgas y las de hombro siempre.

Tratamiento de la ruptura prematura de las membranas: medios de prevenirla y precauciones una vez producida. En caso de muerte del feto, provocación del trabajo.

Tratamiento de las hemorragias — Tratamiento metódico de Pinard: 1o. reposo; 2o. inyecciones vaginales calientes, en mi concepto discutibles; 3o. ruptura ámplia de las membranas; 4o. introducción del balón de Champetier y 5o. versión mixta si no hay balón.

Tratamiento consecutivo a las hemorragias: reposo en decúbito dorsal permanente. Cabeza baja; en casos serios ligadura de los cuatro miembros.

Trasfusión de sangre, taponamiento de la vagina, (Burgeois), arrancamiento de la placenta (Simpson) y parto forzado (Bonnaire) Discusión de estos tres últimos procedimientos. Inhalaciones de oxígeno? y alcohol que es muy bien tolerado.

Mola hidatiforme o vesiculosa—Sus diferentes formas. Relaciones de la mola con la caduca y con la pared uterina.

Deciduoma maligno—Patogenia. Etiología. Síntomas. Marcha y terminación. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento: durante el embarazo, trabajo y puerperio.

Diversas formas de lesiones del corion extra-placentario.

Enfermedades del amnios y anomalías del líquido amniótico.

Quistes. Adherencias y bridas amnióticas. Cantidad insuficiente de líquido amniótico,

Hidrâmnios.—Síntomas. Marcha. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Anomalías del corión umbilical.

Enfermedades y muerte del feto.— Muerte del feto durante el embarazo. Sus causas. Etiología: 1o. causas provenientes de la madre. a) los traumatismos; b) las infecciones como la tuberculosis y muy en particular la sífilis, causas la más frecuente de la muerte del feto e interrupción del embarazo; c) las enfermedades diatésicas: diabetes, cáncer. 1) las intoxicaciones heterogénas: saturnismo, óxido de carbono, o autogénas: albuminuria, eclampsia. 2o. Causas provenientes del padre. a) infecciones: tuberculosis, sífilis. b) intoxicaciones: saturnismo. 3o. Causas provenientes del huevo: a) de origen placentario. b) causas que recaen sobre el cordón. c) alteraciones de las membranas.

Anatomía patológica del huevo muerto. Los fenómenos que se pasan del lado del producto de la concepción están relacionados con la edad del embarazo; en los primeros meses hay disolución del embrión; durante el tercero y cuarto mes, momificación del feto; a partir del quinto mes maceración.

Signos de la muerte del feto en el curso del embarazo. Diagnóstico. Pronóstico. Conducta que debe seguirse durante el embarazo, parto y puerperio.

CAPITULO IV

ABORTO

Llegamos a uno de los capítulos de Obstetricia de alta significación que interesa muy particularmente a la partera, por lo mismo que ella es solicitada con frecuencia para atender a estos trastornos de la gestación. Nada más delicado que el conocimiento exacto del estado del útero en relación con el embarazo, y el huevo en los diferentes tiempos del aborto.

En efecto, en los primeros días puede ser confundido el útero ocupado, entre otros, con los diferentes trastornos del período; de aquí la necesidad de hacer el diagnóstico incipiente del embarazo; diagnóstico que requiere cierta habilidad y pericia en los diversos medios de exploración: tacto, palpación y ambos combinados.

Las alumnas deben ejercitarse continuamente en estos exámenes grabando en su espíritu, por decirlo así, la impresión que dá al tacto y al tacto combinado el útero vacío, para apreciar, después de realizados muchos exámenes, las modificaciones que el embarazo imprime a la matriz en sus primeros tiempos.

La CONSULTA EXTERNA en las maternidades, asume aquí toda la importancia y acapara todo su valor como fuente de aprendizaje y práctica de las alumnas en esta clase de ejercicios, sobre los cuales debe insistirse con todo ahinco.

Puede asegurarse, salvo casos excepcionales, que de la regla de conducta observada en los primeros momentos de iniciarse el aborto, depende, en gran parte, la suerte del huevo o, en otros términos, la suerte del embarazo; por consiguiente, la responsabilidad de la partera, que es casi siempre solicitada desde el principio, estará tanto más resguardada cuanto que los trate de conformidad con el concepto real que de ellos se haya formado; concepto que importa tanto para señalar las correspondientes prescripciones.

Otro de los puntos interesantes de conocer, es el origen de la hemorragia, lo que equivale a determinar con toda exactitud, si la sangre perdida proviene de la caduca enferma, libre de la inserción ovular o si tiene origen en la zona de inserción del óvulo fecundado. En el primer caso, se trata de una lesión uterina, en el segundo, de un aborto; como se ve, son fenómenos distintos y cuyos tratamientos difieren esencialmente.

Frecuencia. Variedades. Etiología. Causas: de la madre, del padre, del huevo. Síntomas según la edad. Evolución. Complicaciones inmediatas y tardías. Pronóstico según la edad del embarazo, según su naturaleza o causas del aborto y según las complicaciones posibles. Diagnóstico positivo y diferencial.

¿El aborto es inevitable? ¿El aborto se ha realizado o está por hacerse? ¿El aborto es completo? Causa del aborto. Su tratamiento: preventivo, etiológico, en caso de amenaza de aborto, en el curso mismo del aborto, después del aborto. Tratamiento

general del aborto. Medios puestos en práctica para realizarlo. Sintomatología. Conducta que debe seguirse.

PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO

El parto es llamado prematuro cuando el feto es expulsado entre los 180, días (límite inferior de viabilidad) y 250 días, es decir, al rededor de la mitad del 9o. mes. Después de los 8 meses y medio se dice que el parto es precoz.— Frecuencia.— Constatación por medio de las estadísticas—Estadísticas de nuestra maternidad,

Causas: todas las causas que puedan interrumpir el embarazo, son también causas del parto prematuro; por consiguiente, tendremos causas maternas, ovulares y fetales.

Estudio clínico.

Diagnóstico.— Precauciones que deben tomarse para precisar si realmente se trata de contracciones uterinas o de dolores abdominales o de otra naturaleza (cólico hepático, cólico nefrítico etc.).— Importancia del tacto vaginal.

Importancia desde el punto de vista médico-legal, de precisar la edad del feto expulsado y datos que el examen podría suministrar a la partera en caso necesario.

Estudio del parto y del alumbramiento en estos casos.

Conducta que debe seguirse: reposo, tratamiento

médico por el cloral, enemas laudanizados, inyecciones de morfina, (con bastante prudencia). Realizado el parto, recurrir a incubadoras.

Pronóstico para la madre y para el feto.

Caracteres generales del prematuro.— Fisiología del prematuro. —Aparato digestivo.— Los músculos de la succión, no teniendo la fuerza suficiente para tomar el pecho puede morir el niño por inanición.— Manera de alimentar al niño. —Precauciones e inconvenientes de este sistema de alimentación

Estudio de sus diferentes aparatos: respiratorio, circulatorio y urinario.

Crecimiento del prematuro.— Aumento de peso, peso irregular.

Mortalidad, es tanto menor cuanto más avanzado es el embarazo.

La mortalidad también está en relación con la tara de los procreadores.

Pronóstico.— Pronóstico inmediato y lejano.

PROFILAXIA.—Causas evitables.

INCUBADORA.—Baños calientes—Fricciones y masaje.— Lucha contra la infección

CAPITULO V

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Las parteras deben conocer suficientemente este capítulo tan interesante de la obstetricia, de preferencia a muchos otros, tanto para contribuir a ase-

gurar la vida de su cliente—dando el alerta— en la cual ha recaído esta seria complicación del embarazo, cuanto para poner a buen recaudo su responsabilidad profesional, al acudir en demanda de los servicios del cirujano experto, en momento oportuno, y en cuyas manos pondrá a la gestante, portadora del embarazo extra-uterino, el cual ha sido considerado por la mayoría de los parteros y ginecólogos, como tumor maligno que debe ser extirpado apenas se le diagnostique. En esta clase de diagnósticos, pues, debe ejercitarse la alumna cuanto le sea posible en su práctica hospitalaria para cumplir mañana debidamente su misión profesional y cumplirla con doble beneficio para ella y para su cliente, lo que equivale a hacer labor en pro de la vida que se le encomienda y en el de su propio prestigio que debe procurar incrementar con pruebas, como esta, que harán resaltar el valor de su competencia.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO, es el término aplicado a la implantación y desarrollo del óvulo fertilizado fuera del útero. También es designado con el nombre de **gestación ectópica**.

VARIEDADES.—El embarazo extra-uterino es clasificado, primeramente, teniendo en consideración el sitio de implantación del óvulo; y secundariamente, según la posición que venga a ocupar, después de la ruptura del saco original de gestación.

Implantación del óvulo en la trompa de Falopio.

EMBARAZO TUBARIO.

Implantación del óvulo en el ovario: EMBARAZO OVÁRICO.

Implantación del óvulo en el peritóneo: EMBARAZO ABDOMINAL.

El embarazo tubario, puede desarrollarse en cada una de las tres partes del tubo. Puede desarrollarse en la porción que atraviesa la pared uterina; EMBARAZO INTERSTICIAL. Si se desarrolla en la porción ampular, toma este nombre: EMBARAZO AMPULAR. Por último, desarrollado en la porción intermediaria ó ístmica, se le denomina EMBARAZO ÍSTMICO.

La clasificación secundaria del embarazo extra-uterino, comprende dos casos: el EMBARAZO ABDOMINAL y el EMBARAZO LIGAMENTOSO.

MARCHA DEL EMBARAZO, en los diferentes casos.

ETIOLOGÍA.

Anatomía patológica. Modificaciones en el tubo, en el ovario y en la porción intersticial del útero.

ABORTO TUBARIO.— Sintomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Modificaciones generales y locales del organismo materno.

ESTUDIO CLÍNICO DEL EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Sintomas.— Signos suministrados por el interrogatorio: trastornos simpáticos; supresión de las reglas; dolores más o menos intensos en el bajo vientre; fenómeno de compresión; derrame sanguíneo, con resto de caduca a veces.

INSPECCIÓN.— Sintomas suministrados por la inspección después del tercer mes.

Palpación.

Auscultación.

CAPITULO VI

PATOLOGÍA ESPECIAL DEL PARTO

Accidentes que pueden sobrevenir durante el trabajo, de naturaleza mecánica o infecciosa.

Accidentes de orden mecánico que pueden sobrevenir en la madre.

DESGARRADURA DE LA VIA GENITAL

El aparato genital en toda su extensión puede ser asiento de lesiones espontáneas o traumáticas. En consecuencia, la partera no debe jamás descuidar el examen de estos órganos para procurar su reparación inmediata y cerrar esta puerta de entrada a los gérmenes de infección.

Desgarraduras vulvo-perineales, su mecanismo.

DESGARRADURA VULVAR. Pueden realizarse en todo el contorno de la vulva. Desgarraduras posteriores son las más frecuentes. Desgarraduras laterales. Desgarraduras anteriores, menos frecuentes, pero más graves.

DESGARRADURAS DEL PERINÉ.— Frecuencia. Son más frecuentes en las primíparas.

Su división en COMPLETAS E INCOMPLETAS.

DESGARRADURAS INTERSTICIALES.

Causas.— Las causas pueden ser maternas y fetales. Estudio de estas causas y modo de producción. Diferentes tiempos del parto en que pueden verificarse.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

TRATAMT^o.—En la mayoría de los casos el tratamiento debe ser inmediato. Empleos de los **AGRAFES** ó **SERRAFINAS** para desgarraduras superficiales. —Empleo del crín de Florencia, de la seda y del catgut para las desgarraduras profundas. Elección de estos medios.— Técnica de estas intervenciones.— Casos en que debe recurrirse al médico especialista para atender lesiones de consecuencias a veces tan graves.

DESGARRADURA DEL CUELLO Y DE LA VAGINA

En las primíparas, ya se ha indicado la frecuencia de la desgarradura ligera, que casi fatalmente se verifica en el parto. Cuando estas desgarraduras se hacen más profundas, ganan fácilmente el segmento inferior y la base del ligamento ancho, la vagina que cede también, en casos felizmente raros e interesa el recto y la vejiga. Las desgarraduras pueden, pues, complicarse con rupturas completas o incompletas del útero.— Su estudio.

CAUSAS.—Desgarraduras espontáneas ó traumáticas Causas debidas á la fuerza uterina. Desviación del útero.— Rigidez del cuello. Edema del cuello.— Malformaciones vaginales (tabiques congénitales, atresia).

Al practicar el trabajo forzado, pueden producirse rupturas consecutivas a la aplicación del forceps, si no se toman las debidas precauciones. La versión puede ser también causa de la desgarradura del cuello y de la vagina al ejecutar los diferentes tiempos de esta maniobra. Lo mismo diremos de las embriotonías, pelvitomías, presentaciones viciosas y, por último, las consecutivas al aborto provocado.

SINTOMAS.—Hemorragias de caracteres particulares (sangre roja, viva y persistente).— Constatación directa.

DIAGNÓSTICO.—Pronóstico.

TRATAMIENTO. — Profiláctico, obstétrico y quirúrgico.

RUPTURAS DEL UTERO.—Siendo el segmento inferior del útero durante el trabajo, una de las partes más delgadas de la matriz, está muy expuesta a romperse en un momento dado por causas muy diversas. (El cuello suele, muy excepcionalmente, ser eliminado a manera de casquete en razón de la rasgadura circular que se produce en la porción intravaginal).

Cuando la ruptura del cuello—que ocurre en casi todos los partos fisiológicos y anormales—asciende, puede comprometer el segmento inferior; o ser este, asiento inicial y único de dicha ruptura independientemente de las rasgaduras del cuello y entonces puede quedar localizada en dicho segmento inferior, o avanzar hasta el cuerpo mismo del útero, el que a su vez puede ser tambien exclusivamente lesionado.

Se dividen las rasgaduras: en completas o incompletas según que compromentan o no el peritoneo; en longitudi-

nales, oblicuas o trasversales; en regulares o irregulares; en simples o complicadas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. —La ruptura del segmento inferior, puede extenderse hacia la base de los ligamentos anchos y comprometer la arteria uterina: hemorragia consecutiva que se escapa al exterior, o bien se colecta en un vasto hematoma subperitoneal. A veces la rasgadura es simple fisura; y sin embargo, los síntomas generales son alarmantes "Shock"; otras veces la rasgadura permite el pasaje del feto a la cavidad abdominal.

Etiología. —Entre nosotros, en que la audacia prima sobre la ciencia, la ruptura del útero, durante el trabajo, no es un accidente tan raro como debería serlo y como lo es en otros centros de mayor o menor cultura; pues, el grado medio de cultura, a mi juicio, es peligrosísimo ya que los profesionales se lanzan intrépidos sobre las grandes intervenciones obstétricas sin mayores bases científicas y prácticas.

La multiparidad, las presentaciones viciosas, la hidrocefalia, las pelvis viciadas, constituyen las causas de estas complicaciones. Pero, ninguna tiene la significación, por su frecuencia, que las que podríamos llamar causas operatorias, casi siempre fruto de la inexperiencia. Por lo que hace a las pelvis viciadas, unas predisponen tan solo; otras, (pelvis espinosas) se tornan en agentes eficientes de estas lesiones por quedar comprimidas las paredes del útero, entre las partes de las pelvis, sobre las que se insertan las aristas cortantes y puntiagudas y la presentación. Estas complicaciones han disminuído, en general, desde que no se usa en el parto el cornezuelo y se corrigen las presentaciones viciosas durante el embarazo y el trabajo.

SÍNTOMAS. —Casi siempre los fenómenos generales abren la escena, excepcionalmente aparecen al último. La mujer está en estado de ‘Shock’.

En cuanto a los fenómenos locales, varían según que el feto se encuentre en el útero o haya pasado a la cavidad peritoneal. Síntomas propios a cada caso particular.

DIAGNÓSTICO. —De la rapidez del diagnóstico, depende la eficacia del tratamiento que no puede dejar de ser esencialmente quirúrgico.

Si se sospecha la ruptura de la matriz, y el feto está in utero, debe extraérsele y proceder inmediatamente a efectuar el alumbramiento artificial seguido de la exploración de la cavidad del útero con la mano que, juiciosamente conducida, da los resultados más certeros.

También se hace el diagnóstico después de evacuado el útero, por el tacto manual, cuya cavidad recorre teniendo especial cuidado en el examen del segmento inferior, asiento casi habitual de la lesión, por más que a veces es difícil reconocer la solución de continuidad en medio de las irregularidades propias a la cara interna de la matriz. —En caso de duda, si los síntomas generales persisten y se asentúa el estado grave, débese practicar la laparatomía.

PRONÓSTICO: MUY GRAVE. —El feto sucumbe casi siempre y la madre se pierde con relativa frecuencia. Esta mortalidad materna está en relación con el momento en que se hace el diagnóstico y por ende con el tratamiento mismo, con la habilidad y presteza del operador.

TRATAMIENTO. —Esencialmente quirúrgico: la laparatomía sin inclinación (Trendelenburg), para no difundir los gérmenes en el peritoneo. Si el feto está en la cavidad perito-

neal, se extrae libremente. Si está en el útero, se prolonga la abertura, si es necesario, para extraerlo.

Puede hacerse: la sutura de la brecha (excepcionalmente), la histerectomía total, la subtotal, Porro, la operación de Harmann. (De conformidad con los casos particulares).—La vía vaginal puede seguirse en determinadas circunstancias.

TROMBUS O HEMATOMAS GENITALES

Causas. —Anatomía patológica: Asiento del derrame.— Trombus pelvi-abdominales.— Su constitución y evolución.

Síntomas.

Marcha y pronóstico.— Diagnóstico.— Su importancia [forceps, versión, dilatación rápida del cuello, alumbramiento artificial].

Exposición de otras complicaciones que se presentan durante el trabajo del parto; como los trombus pediculados de la vagina, las fracturas espontáneas del esternón y de las costillas, y el enfisema subcutáneo.

CAPITULO VI

DISTOCIA

Se emplea este termino para manifestar el conjunto de dificultades que hacen el parto difícil, laborioso y a veces imposible por las vías naturales. Para el caso de que todo se verifique de manera feliz, es decir, de una manera espontánea y rápida, se emplea el término de EUTOCIA.

Como las dificultades pueden provenir de la madre o del feto ,tendremos también distocia materna y distocia fetal.

DISTOCIA DE ORIGEN MATERNO

Este capítulo comprenderá el estudio de las viciaciones de la pélvis o distocia ósea; en segundo lugar estudiará la distocia causada por las partes blandas: útero, vagina, cuerpos extraños, como tumores, etc., y, por último, las dificultades y complicaciones del alumbramiento.

VICIACIONES DE LA PELVIS

Para darle a este capítulo toda la importancia que merece se hará primeramente el estudio de la pelvis del recién nacido, haciendo notar las principales modificaciones que sufre para trasformarse poco a poco en la pelvis del adulto.

La colección de pelvis anormales con que cuenta la maternidad, nos servirá de una manera especial para hacer el estudio lo más práctico posible.

Se designa con el nombre de pelvis viciadas, a todas aquellas malformaciones de esta parte del esqueleto cuyas modificaciones anormales en forma y dimensiones son capaces de engendrar distocia, por más que el feto no sobrepase el volumen normal a que éste llega en el término del embarazo.

Este estudio es injustamente considerado como difícil entre los médicos y estudiantes; y por lo que he podido ob-

servar desde la época en que fuí alumno, esto se debe a que nunca se ha abordado—con el interés que reclama—tan interesante tema, ni mucho menos, que yo sepa, se ha hecho el estudio completo, el estudio clínico de conjunto—tan útil para el médico en general como para el especialista—que permita distinguir la pelvis normal de otra que no lo sea.

Si diferencias insignificantes en la forma y dimensiones de la pelvis de la mujer en cinta, no tienen mayor importancia y pueden pasar desapercibidas e impunes en la práctica diaria—civil u hospitalaria—no así sucede tratándose de mayores desproporciones que imponen línea de conducta bien trazada y trazada de antemano, única manera de evitar las terribles complicaciones consiguientes a su omisión.

Se podría argüir—lo que yo no acepto—que la pelvis peruana es bien conformada; pero ¿qué haríamos en aquellos casos en que las extranjeras demanden nuestros servicios? cuyo número no puede decirse que es escaso. Por uno y mil motivos, pues, procuremos continuar la obra que hemos iniciado durante el tiempo que tuvimos a nuestro cargo la enseñanza de la Maternidad, (año escolar de 1918) en que nos fué posible dar algunas lecciones clínicas sirviéndonos de los casos prácticos que encontrábamos en nuestra consulta de la maternidad, los mismos que correspondían a algunos tipos de pelvis viciadas.

Estoy persuadido hasta la saciedad que ocurre con las pelvis viciadas de las mujeres peruanas, lo mismo que sucedía, en tiempos anteriores, con las apendicitis: que no existían porque se les confundía o englobaban con otros estados patológicos; en una palabra porque se les ignoraba.

Hagamos conocer bien la pelvis vestida, estudiemos

concienzulamente la capacidad y dimensiones de sus diversos diámetros, y veremos entonces como nuestros dedos encontrarán el promontorio, como nuestros sentidos apreciaran, sin mayores dificultades, las alteraciones anormales que indiscutiblemente acompañan, a veces, a las pelvis de nuestra raza. Esto que nadie nos ha enseñado aquí, tampoco hemos querido aprenderlo por nuestra parte. Labor importantísima que de manera preferente me comprometo llevar a efecto en el presente año, si la suerte no me es adversa en el titularato de la asignatura en el cual estoy empeñado.

No basta conocer a fondo la materia que nos ocupa: las viciaciones-pelvianas; es necesario saberla enseñar y, más que todo, presentar sugestivamente a la consideración del alumno y entonces se verá que la dificultad es más aparente que real. Este concepto tiene su origen efectivo en la extensión y más que nada en la manera tan complicada e ingrata como tratan, este capítulo, las obras clásicas. Por lo tanto, lo primero que haremos será simplificar la dilatada nomenclatura, que en clínica carece de objeto práctico inmediato. En tal virtud, este es el primer paso que debemos dar para hacer grato su estudio y fructífero el resultado de tan interesante labor.

En consecuencia: comenzaremos por dividir las pelvis viciadas, de conformidad con nuestros principios, en dos grandes grupos; en el primero, colocaremos las pelvis simétricas y en el segundo, las asimétricas; en seguida consideraremos entre las simétricas las de origen raquíptico (pelvis raquípticas simétricas) lo que nos enseña que estas últimas son las más numerosas. En último término, estudiaremos las pelvis asimétricas no raquípticas.

1º Pelvis Raquílicas simétricas

El raquitismo influye de manera eficaz sobre la forma y dimensiones de la pelvis, toda vez que produce el resblandecimiento del esqueleto, quedando la pelvis, por tal motivo, sujeta a la ley de la gravedad, a la acción de la pesadez. El cinturón óseo pelviano se aplana de adelante a atrás en razón de su escasa resistencia, de su plasticidad anormal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—1º Modificaciones del estrecho superior: estrechamiento del diámetro antero-posterior.

2º Modificaciones del estrecho inferior: alargamiento del diámetro trasverso.

3º Modificaciones de la excavación: según que el sacro sea plano o excavado, tendremos la pelvis acanalada, en la cual el estrechamiento se continúa del estrecho superior a la excavación, o bien el sacro es excavado, pelvis anular, más favorable que la anterior desde el punto de vista del mecanismo del parto.

Todavía debemos considerar entre las pelvis raquílicas simétricas, la pelvis generalmente estrecha en la cual, además del aplastamiento del estrecho superior, se encuentran disminuídos en todo sentido sus diversos diámetros.

SIGNOS Y DIAGNÓSTICO.—Para hacer el diagnóstico de la pelvis raquílica se recurrirá al examen general, que da aquella expresión o fisonomía especial que Pajot, llamaba “aire de familia”. Aquí estudiaremos los caracteres especiales de la cara, de los miembros y del tórax, haciendo hincapié en la época inicial de la marcha. Debemos tener presente que este examen general puede ser absolutamente negativo, lo que ocurre en las pelvis planas no raquílicas de algunos autores.

EXAMEN LOCAL. —La pelvimetría y la pelvigrafía, son dos medios de que dispone la ciencia para hacer el diagnóstico de las pelvis viciadas.

La pelvimetría, de pelvis y metro medida, puede ser externa o interna. Esta última es la más importante por tener la mensuración del diámetro promonto subpubiano, interés especial, o sea el diámetro que va de la parte mas saliente del promontorio al sub-pubis. Explicación de las diferentes causas de error que pueden cometeres en la práctica en esta mensuración. Instrumentos llamados pelvímetros, opinión de estos instrumentos. Posición de Walcher, su valor real.

Pelvigrafía por los rayos X. Esta hizo nacer algunas esperanzas que no se han realizado; pues si es verdad que con este procedimiento se tienen nociones de la configuración de la pelvis, es igualmente cierto que la mensuración del diámetro antero-posterior del estrecho superior, queda un problema todavía por resolver.

El parto en la pelvis raquítica. —Epoca en que se realiza (por lo general retardado). —Diferente manera de comportarse el cuello en los períodos de deshacimiento y dilatación, según que las membranas estén o no intactas (pasividad del cuello). — Período de expulsión, siempre largo. —Modificaciones en la situación de la cabeza; sus diversas lesiones (acabalgamiento y abolladuras de los parietales.) Es posible que la muerte del feto y la ruptura del útero compliquen el parto en las pelvis viciadas.

PRONÓSTICO. —Imposible de hacerse con toda precisión. No falta quien piense que el pronóstico equivale a resolver un problema en el cual, se dan dos datos desconocidos: dimensiones de la pelvis y dimensiones de la cabeza fetal, pa-

ra hallar un tercer dato cual es, saber si esta cabeza--cuyas medidas no se conocen—puede pasar a través de la pelvis, cuyos diámetros son igualmente ignorados.

El pronóstico, en la práctica, no es ni puede ser tan preciso como lo imaginaba Dubois, que creía en la mensuración exacta de los diámetros de la pelvis y de los de la cabeza fetal; mensuración que como lo hemos dicho ya es enteramente teórica e inexacta. Si esto es así ¿cómo se podría entonces formular el pronóstico al respecto de estas pelvis y de que medios o procedimientos nos valdríamos en la práctica de nuestra especialidad para conducirnos debidamente? Pues bien, el tacto mensurador y la palpación mensuradora nos daría la proporción relativa de la capacidad de la pelvis y del volúmen de la cabeza del feto, lo que es de real y positiva importancia. Estos son medios muy hacederos y útiles, de cuya exposición y práctica nos ocuparemos tanto en el servicio del consultorio, como en el de la maternidad. Es valor entendido que, aparte de aquellos casos en que la Cesárea se impone en forma absoluta, el pronóstico está sujeto a mil eventualidades que no permiten mas que conceptos aproximativos llenos de sorpresas en un sentido o en el otro.

TRATAMIENTO.—Las pelvis raquíicas simétricas, han sido objeto de numerosos estudios y han dado margen a innumerables discusiones entre los tocólogos y cirujanos. En efecto, entre los diversos procedimientos que se han opuesto a los conflictos pelvianos en las estrecheces raquíicas, señalaremos: el aborto terapéutico, que es innecesario; El parto prematura provocado, que es anticientífico por carecer de elementos de diagnóstico respecto a la época del embarazo, a las dimensiones de la pelvis y al volúmen de la cabeza del feto. El forceps en el estrecho superior, es perjudicial y peli-

groso; La versión, adolece de los mismos defectos que el forceps; La Basiotripsia, que no es permitida en el feto vivo; La Sinfisiotomía, cuyos resultados distan mucho de ser completamente satisfactorios; La Cesarea abdominal, resiste a los ataques de los adversarios mas que cualquiera de los otros procedimientos y cuenta con muchos afiliados en la práctica de las verdaderas estrecheces pelvianas. Por último, la expectación, que juiciosamente seguida conduce a los resultados más sorprendentes y satisfactorios, como lo hemos dicho ya y por la cual nos decidiremos en muchos casos de estrecheces de la pelvis en general.

DISTOCIA DE LAS PARTES BLANDAS

En este capítulo existen algunos puntos, como las afecciones de origen sifilítico o canceroso que se presentan a las mismas consideraciones que las expuestas al tratar de la patología del embarazo y que la parte-
ra debe proceder de acuerdo con el médico para dirigir el tratamiento.

ANOMALIAS EN EL CURSO DE LA CONTRACCIÓN UTERINA:
Contracciones exageradas.

DEBILIDAD Ó IRREGULARIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS—Pronóstico para la madre y para el feto
Tratamiento. Anomalías del esfuerzo.

DISTOCIA CUYA CAUSA ASIENTA EN EL CUELLO DEL ÚTERO
—Obliteración del cuello. Rigidez del cuello. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

RIGIDEZ PATOLÓGICA.—RIGIDEZ SIFILÍTICA.

CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO. — Frecuencia Influencia del embarazo sobre el cáncer uterino. Influencia del cancer uterino sobre el embarazo.

PARTO EN LOS CASOS DE CÁNCER DEL ÚTERO. — Diagnóstico durante el embarazo y durante el trabajo. — Pronóstico. Tratamiento durante el trabajo y el parto.

FIBROMAS DEL ÚTERO

Tanto en este capítulo como en los siguientes relativos a los quistes del ovario y tumores de vecindad del útero (quistes hidáticos, tumores del recto y vejiga, ectopia renal) en sus relaciones con el embarazo, tropezarían las alumnas con algunas dificultades durante su apredizaje, sino se tuviera en cuenta que la obstetriz no necesita hacer un estudio especial de la patología de estos casos, sino señalar y precisar lo mejor posible, una vez hecho el diagnóstico del embarazo, la existencia de estos tumores, para obrar de acuerdo con las indicaciones del médico con quien debe consultarse.

DIFERENTES VARIEDADES DE FIBROMAS. — Influencia del embarazo sobre los fibromas. Influencia de estos tumores sobre el embarazo y el parto. Accidentes del puerperio.

QTISTES DEL OVARIO Y ESTADO PUERPERAL. — Frecuencia. Influencia del estado puerperal sobre los quistes del ovario.

Influencia de los quistes del ovario sobre el embarazo, parto, alumbramiento y puerperio. Diagnóstico. Pronóstico materno y fetal. Conducta que debe seguirse en el curso del embarazo y del parto.

TUMORES EN LA VECINDAD DEL ÚTERO:—Quistes hidáticos. Tumores del recto. Tumores y cálculos de la vejiga. Ectopia renal. Tumores de las trompas y del tejido celular de la pelvis.

DISTOCIA PROVENIENTE DE LA VULVA, VAGINA Y PERINÉ—Resistencia del hímen. Trombus de la vulva y de la vagina. Frecuencia. Causas. Síntomas. Pronóstico. Diagnóstico y tratamiento.

DEFORMACIONES DE LA VAGINA Y DEL ÚTERO—Patogenia. Clasificación. —Diagnóstico y tratamiento.

DISTOCIA FETAL

DISTOCIA FETAL EN EL EMBARAZO SIMPLE

EXCESO DE VOLÚMEN TOTAL—Etiología.—Signos clínicos durante el embarazo y el trabajo. Marcha del parto. Conducta que debe seguirse. Pronóstico.

EXCESO DE VOLUMEN PARCIAL.—**EXCESO DE VOLÚMEN DE LA CABEZA:**—Hidrocefalia. Definición. Variedades. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas y diagnóstico durante el embarazo y el parto. Marcha del parto según las diferentes presentaciones. Pronóstico para el niño y para la madre. Tratamiento según las presentaciones.

EXCESO DE VOLUMEN DEL TRONCO.—cuello, hombro, en el estrecho superior y en la excavación. Tronco y nalgas.

PROCIDENCIA DE LOS MIEMBROS

En algunos casos, durante el trabajo del parto se coloca al lado de la parte fetal que se encaja uno

de los miembros y se dice entonces qu hay procidencia. Bien entendido que este término no se aplica cuando el miembro hace parte de la presentación, como sucede en el parto de nalgas cuando se presentan los miembros inferiores. Sucede lo mismo con el brazo en la presentación de hombro.

Frecuencia. Variedades. Causa de las procidencias de los miembros.

Sintomatología. Medio práctico para reconocer si el miembro procidente corresponde a la parte derecha ó izquierda del feto.

Influencia de las procidencias en el parto. Importancia del sitio y grado de la procidencia.

Pronóstico para la madre y el niño.

Tratamiento. Conducta que debe seguirse cuando la dilatación es completa y la bolsa de las aguas intacta.

Conducta que debe seguirse cuando las membranas están rotas y la dilatación no es aún completa. Reducción de la procidencia. Discusión de esta conducta así como de los casos en que conviene emplear el forceps o recurrir a la versión.

DISTOCIA DEBIDA Á LA PRESENCIA DE MAS DE UN FETO EN LA CAVIDAD UTERINA

DISTOCIA DEL PARTO EN GENERAL.—Diagnóstico y tratamiento segun las diferentes presentaciones.

Distocia en caso de gemelos adherentes.

Distocia por exceso de volumen patológico del feto.

Hidrocefalia. Anatomía patológica. Diagnóstico durante el embarazo y el parto. Frecuencia. Causas. Pronóstico. Conducta que debe seguirse durante el embarazo y el parto.

Encefalocele congénito.

Edema generalizado.

Hidrotorax.

Ascitis del feto.

Distocia cuyas causas residen en el aparato urinario: enfermedad quística de los riñones y retención de orina.

Distocia por exceso de volumen del hígado.

Tumores fetales.

Tumores de la región sacro-coxigia.

Espina bífida.

Diagnóstico de los tumores distócicos, en las diferentes presentaciones. Conducta que debe seguirse. Parto simultáneo. Distocia del embarazo gemelar en las diferentes presentaciones. Diagnóstico. Embarazo gemelar en el útero bicórneo.

DISTOCIA CUYAS CAUSAS RESIDEN EN LOS ANEXOS DEL FETO

Adherencia y resistencia anormal de las membranas.

Acortamiento del cordón umbilical.

Acortamiento absoluto y accidental o relativo.—

Etiología.— Influencia sobre el embarazo y el parto.—

Estudio clínico durante el embarazo y el parto.—Pro-
nóstico para el niño y la madre.— Tratamiento
según la presentación.

PROCIDENCIA DEL CORDÓN UMBILICAL

DEFINICIÓN.—Se llama así la caída del cordón por delante de la parte que se presenta.—Puede ser simple o complicada de la procidencia de un miembro, como la procidencia de los miembros puede ser complicada de la procidencia del cordón.

Se entiende por procúbitus, la caída del cordón al nivel de la presentación detenido allí por la integridad de las membranas, a través de las cuales se aprecia y siente dicho cordón.—Se llama laterocidencia (Butín) la caída del cordón hacia las partes laterales de la presentación entre ésta y las paredes de la pelvis.

CAUSAS: cada vez que las leyes de acomodación se encuentran perturbadas la procidencia se halla favorecida.

Se reconocen causas maternas, fetales y hasta ovulares: v. g.: estrecheces de la pelvis, presentaciones viciosas, placenta previa, etc.

COMPLICACIONES: ninguna tiene la importancia que la compresión del cordón que produce la asfíxia del feto, por quedar aislado de su centro respiratorio (la placenta). De donde: primero, disminución del número de los latidos cardiacos del feto, por excitación del centro del nervio moderador del corazón fetal (n. neumogástrico); luego, fruecuencia, irregularidad y descenso del tonus; y por último, si el caso es grave, excesiva frecuencia, verdadera vibración arterial (pa-

rálisis central del nervio moderador del corazón) que precede a la muerte por asfixia. Todo esto es apreciable por la auscultación. Además, se perciben soplos funiculares, movimientos convulsivos y expulsión de meconio, etc. Esta compresión es más grave en la presentación cefálica que en las otras y más seria cuando el cordón está hacia adelante que cuando se encuentra atrás en las partes laterales de sacro, a donde pueda escaparse de la compresión, así como suceden en los casos complicados de procidencia de los miembros.

PRONÓSTICO.—A la madre, no compromete la procidencia sino por las intervenciones que reclama. Para el feto, es grave y depende del procedimiento empleado y de la habilidad del operador para conducirse.

TRATAMIENTO.—Cuando el cordón es procidente, el cuello se encuentra en comienzo de dilatación y las membranas están intactas (procúbitus) se debe observar tan solo, en espera de mejor oportunidad para proceder (abstención).

Si el cuello está dilatado o es dilatable, se desocupará el útero, lo más pronto posible, valiéndose de la versión de preferencia al forceps, que por estar la parte que se presenta en el estrecho superior su aplicación será difícil y peligrosa.

Cuando el cuello no es dilatable y las membranas están rotas, y se está obligado a terminar rápidamente el parto, se usará el balón de Champetier de Ribes, o en su defecto la dilatación manual seguida de la versión mixta,

La reducción del cordón, puede ser manual o instrumental.—La reducción instrumental (reductores) — a nuestro juicio—solo debe hacerse si las membranas están rotas y la dilatación muy al principio, cuando el cuello

no permite la dilatación rápida y algo serio ocurre. Para esto, se hará uso de la sonda de jebe endurecido (sonda uretral de hombre) provista de su mandril y un lazo para atar el cordón y suspenderlo, la misma que se dejará in-uterus hasta que la dilatación se complete natural o artificialmente y todavía hasta que el parto se realice. También es recomendable la reducción manual por encima de la cabeza y la sujeción de ésta, durante el tiempo que dure el trabajo, para evitar la compresión (Se cita un caso feliz después de 7 horas de esta maniobra (Tarnier).

En todos los casos se recomienda la posición lateral (inglesa) como la más conveniente.

DISTOCIA DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

Alumbramiento artificial.— Indicaciones.— Insuficiencia del desprendimiento de la placenta.— Insuficiencia de las contracciones uterinas.— Adherencias anormales de la placenta.— Retención de la placenta por contractura anormal del útero (total o parcial).— Contractura del orificio externo.— Contractura del orificio interno.

Contractura del anillo de Bandl. — Contractura de la zona vecina a la inserción placentaria desprendida parcialmente o sea el engatillamiento placentario.— Complicaciones del alumbramiento.

Hemorragias durante el alumbramiento: externa, interna y mixta. Diagnóstico. Pronóstico. Conducta que debe seguirse.

INVERSIÓN UTERINA

Definición.— Frecuencia.—Anatomía patológica.— Mecanismo. —Síntomas, en relación con sus diferentes grados.— Tratamiento: preventivo, médico y quirúrgico.

PATOLOGÍA DEL RECIEN NACIDO

Este capítulo es casi en su totalidad del dominio médico, pero con todo la partera debe tener nociones de la existencia de ciertas complicaciones. La profilaxia de muchas de ellas, le incumbe directamente, cuando actúa sola.

Traumatismo fetal. Raquitismo intrauterino.

Malformaciones de la cabeza y del ráquis. Labio leporino. Espina bífida.

Malformaciones del tórax y del abdomen. Hernias umbilicales congénitas. Fístulas y quistes del ombligo. Hernia inguinal congénita. Imperforación del ano.

Malformaciones de los órganos génito-uritarios: atrofia de la vejiga. Malformación de la uretra (hipospadias y epispadias) Fimosis. Ectopia testicular. Hidrocele y quiste del cordón.

Malformaciones de los miembros: luxaciones congénitas de la espalda, rodilla, cadera. Anquilosis. Amputaciones congénitas.

Fracturas intra-uterinas. Falta del esqueleto de diferentes partes del cuerpo.

INFECCIONES SÉPTICAS DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO

Bacteriología. Profilaxia. Causas ocasionales. Fuentes de infección: hétero-infección y auto-infección.

SEMIOLOGÍA GENERAL. — Curvas de peso. Temperatura. Edemas. Trastornos digestivos. Accesos de cianosis. Convulsiones. Hemorragias. Hemorragias umbilicales. Hemorragias gastro-intestinales. Hemorragias cutáneas. Hemorragias subcutáneas. Hemorragias bronco-pulmonares. Hemorragias genito-urinarias y hemorragias encéfalo-raquídeas.

INFECCIONES UMBILICALES

Infección del cordón. Infección del tejido conjuntivo de la herida umbilical (ulceración, granuloma, fungus).

Infección de la piel y del tejido celular peri-umbilical).

Infección de los linfáticos. (linfangitis simple peri-umbilical, erisipela del ombligo).

INFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Infecciones de la boca y sus anexos (ulceraciones bucales). Accidentes de origen dentario, muguet, inflamaciones de las glándulas salivares, accesos retro-faringeos.

ESTÓMAGO E INTESTINOS. Etiología de la gastroenteritis. Diagnóstico. Tratamiento profiláctico y dietético.

Hígado. Hicteria llamada idiopática, simple, esencial o hemática. Patogenia. Hicterias sintomáticas. Etiología. Anatomía patológica. Estudio clínico. Enfermedad bronceada.

INFECCIONES DEL PERITONEO

Peritonitis del recién nacido. Sus causas.

INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

Coriza agudo. Rinitis purulenta aguda. Bronquitis aguda. Bronco-neumonía. Pleuresía.

INFECCIONES DE LA PIEL Y SUS ANEXOS

Estreptococia. Estafilococia, ectima, abscesos y flegmones. Pénfigo infeccioso epidémico. Infección mamaria.

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

Meningitis. Absceso del encéfalo. Flebitis de los senos. Tétano. Tetanía y estados tetánicos. Espasmo de la glotis.

INFECCIONES OCULARES

Conjuntivitis primitiva (oftalmía purulenta gonocócica). Síntomas. Epoca de su aparición. Modo de invasión. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento profiláctico y curativo.

Conjuntivitis secundaria (oftalmía tardía no gonocócica). Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

INFECCIONES DEL APARATO AUDITIVO

Otitis externa. Otitis media, sus complicaciones: inmediatas y tardías.

INFECCIÓN GENERAL SEPTICEMIA (RECIÉN NACIDO)

Etiología. Estudio Clínico. Anatomía patológica.

Profilaxia. Principales reglas terapéuticas del recién nacido.

Tratamiento propiamente dicho (alimentación, asepsia intestinal, combatir la tendencia a la cianosis). Actuar sobre el sistema nervioso, tonificar el sistema general.

CATITULO VII

PATOLOGÍA ESPECIAL DEL PUERPERIO

INFECCIONES MATERNAS. Infecciones puerperales. Etiología y patogenia. Estudio anatómico y clínico.

Diagnóstico y pronóstico. Tratamiento profiláctico y curativo. Infecciones mamarias. Estudio etiológico. Estudio clínico: grietas, linfangitis, galactoforitis, abscesos.

INFECCIÓN PUERPERAL

Esta aterradora complicación de los partos, cuya existencia tiende a desaparecer cada día más, merced a las prácticas modernas, debe ser la preocupación constante de la estudiante, dadas las fatales consecuencias de su evolución; evolución que debe conocer lo mejor posible, para así poder aquilatar sus efectos, contribuyendo en esta forma a reformarse el concepto real de la profilaxia de esta infección, que es el todo en la asistencia de los partos: "Prevenir es curar."

Con el nombre de infección puerperal, se conoce el conjunto de accidentes, locales o generales provocados por la penetración de gérmenes diversos en el organismo de la recién parida. Estos accidentes no se deben a un germen específico. Cualquier agente microbiano puede causarlos, a condición de que penetre en el organismo de la mujer, por una de las tantas lesiones traumáticas que el parto produce en el aparato genital.

Etiología. Agentes microbianos.— Vías de penetración. Modo de acción de los gérmenes.

Fiebre puerperal. Historia. Frecuencia Definición. Intoxicación traumática. Infección traumática: 1o. Intoxicación traumática puerperal. Gérmenes de

la putrefacción: endometritis pútrida. Sepsis. *Bacterium coli*. Infecciones tetánica y diftérica en el puerperio. 2o. Infección traumática puerperal. *Estreptococo séptico* y demás gérmenes patógenos de esta infección. Infecciones localizadas al periné, vagina, cuello uterino y endometrio. Difusión de las infecciones por las vías sanguíneas: flegrmasia alba dolens, piohemia, septicemia. Difusión por las vías linfáticas: metritis disecante, parametritis, peritonitis. Diagnóstico diferencial. Pronóstico. Terapéutica. Profilaxia. Tratamiento local: lavados, drenaje, escobillonaje, curetaje. Tratamiento general: suero antiestreptocócico y de Hayem, alcohol, baños. Intervención quirúrgica. tónicos, hielo, etc.

Infección mamaria en el puerperio.

CAPITULO VIII

OPERACIONES

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL

SUMARIO; Asepsia cuidadosa.—El desprendimiento de la secundina debe ser completo antes de la extracción. Esta no debe ser ejecutada en el momento de la contracción uterina.

TAFONAMIENTO

MANUAL OPERATORIO.—Sumario: asepsia rigurosa, gaza esterilizada o solución acuosa de jabón esterilizado.

ANESTESIA EN OBSTETRICA

Es muy frecuente hoy, que tanto la prensa de nuestro país como la extranjera se han ocupado en diversas ocasiones del importante problema de la anestesia obstétrica, encontrar en el curso de la práctica civil clientes que soliciten de la obstetriz, algún medio o procedimiento anestésico para atenuar o suprimir los sufrimientos durante el parto. Nada sería más humanitario que acceder a tan justa petición en momentos tan difíciles, si los procedimientos hasta hoy conocidos fueran de positiva utilidad, fácil manejo e inócuos resultados.

Aunque a cada instante se multiplican más los esfuerzos de los que se consagran a la Obstetricia, para realizar el perseguido propósito de suprimir o atenuar el dolor en el parto; sin embargo, las indicaciones y contraindicaciones de la anestesia general por inhalaciones, exige la presencia del médico para realizarla en el parto fisiológico y con mayor razón en el distócico.

El cloroformo administrado de una manera intermitente (Cloroformo a la reina) ha sido combatido por Pajot y Pinard, que lo acusan de favorecer la hemorragia y exigir un número considerable de extracciones.

Anestesia raquídea. —Este procedimiento no ha entrado en la práctica, por sus numerosos y graves inconvenientes.

La anestesia completa no debe ser practicada en el parto normal.

En cuanto a la semi-anestesia o cuarto de anestesia como la llamaba Pajot, no es severamente recomendada. Es esta anestesia como las célebres píldoras de migà de pan.

Anestesia general por el eter. Sus inconvenientes.

Procedimientos de anestesia en general.— Usase con este objeto, una serie de compuestos farmacológicos, que no han podido, en razón de los inconvenientes que presentan, entrar en la práctica diaria como la observación atenta ha puesto en transparencia. v. g.: morfina-escopolamina. Pantopón. etc.

Procedimientos de anestesia local: tal es la metro-anestesia.

VERSIÓN

Cuando se quiere sustituir una presentación por otra más favorable para la realización del parto, a imitación de lo que hace la naturaleza para transformar una presentación viciosa en otra normal, se hace la operación conocida con el nombre de versión.

La versión puede ser por MANIOBRAS EXTERNAS, por MANIOBRAS INTERNAS o por MANIOBRAS COMBINADAS: versión Braxton Hicks.

A.— Versión por maniobras externas.

Sumario: operación de elección para hacer evolucionar el feto durante el embarazo, respetando las membranas del huevo.

B.— Versión por maniobras mixtas.

(Versión de Braxton Hicks)

Sumario: Versión que se puede practicar cuando el cuello está incompletamente dilatado y las membranas rotas.

C.— Versión por maniobras internas.

Versión propiamente dicha.

Sumario: Momento de elección: durante el trabajo con dilatación completa.

Indicación general: toda presentación alta, cuando presenta una complicación, necesita la evacuación rápida del útero.

.— Indicaciones de la versión por maniobras internas.

b.— Condiciones requeribles para que la versión pueda practicar:

c.— Preparativos.

d.— Manual operatorio

e.— Dificultad de la versión.

f.— Peligros de la versión.

A.— Dificultad del primer tiempo.

B.— Dificultad del segundo tiempo.

C.— Dificultad del tercer tiempo.

PRONÓSTICO DE LA VERSIÓN

Pronóstico materno. Subordinado a los agentes infecciosos, desgarraduras del periné, del cuello y cuerpo uterino.

Pronóstico fetal.— Depende de la duración de la intervención y de los accidentes como: fracturas, traumatismos, parálisis radicales, derrames sanguíneos.

VERSIÓN POR MANIOBRAS MIXTAS, DE BRAXTON HICKS

Esta versión puede ser podálica o cefálica.

I. VERSIÓN PODÁLICA POR MANIOBRAS MIXTAS

Indicaciones.— Inserción viciosa de la placenta. Procidencia del cordón. Acceso de eclampsia.— Presentación de hombro.— Manual operatorio.

II. VERSIÓN CEFÁLICA POR MANIOBRAS MIXTAS

Indicaciones: presentación de cara y de frente.

Manual operatorio.

Pronóstico de la versión por maniobras mixtas.

.FORCEPS

El forceps es una pinza destinada a extraer el feto de las vías genitales sin producir lesiones capaces de comprometer su existencia. Descripción del forceps. Su división en dos partes, una de prehensión y otra de tracción. —Descripción de cada una de las dos partes de que se compone.

Modo de actuar el forceps. Además de su papel principal destinado a extraer el niño de las vías genitales, goza de un papel oxitócico; es decir, que su

presencia en las vías genitales despierta, por vía refleja, las contracciones uterinas. Puede ser también agente reductor del volumen de la cabeza fetal. Indicaciones del forceps. Manual operatorio.

En toda aplicación de forceps, la cabeza debe ser cogida de manera de hacer coincidir el diámetro O.M. con el eje de las cucharas y además de un extremo al otro del diámetro parietomalar.

Estudio del forceps como agente de tracción, teniendo presente que las extremidades de los mangos juegan el papel de agujas indicadoras del sentido en que se han de ejercer las tracciones.

Condiciones necesarias para la aplicación del forceps:

La primera condición que debe buscarse del lado de la madre debe ser llenada por la dilatación completa del cuello y en segundo lugar que la pelvis sea suficientemente ancha. Por otra parte, las membranas deben estar rotas para que el instrumento pueda llegar a la cavidad ovular.

Las presentaciones deben ser de cabeza o nalgas, es decir, longitudinales. Por último, la presentación debe ser fijada o encajada.

Indicaciones del forceps.

Manual operatorio. Tiempos principales en que se divide toda aplicación de forceps.

1er. Tiempo: Introducción y colocación de las ramas.

2o. Tiempo: Articulación.

3er. Tiempo: Extracción.

Aplicación de forceps sobre el vértice.

Aplicación en la vulva y en el estrecho inferior.

Aplicación de forceps en la excavación.

Aplicación de forceps en el estrecho superior.

Estudio de las tres principales modalidades de la aplicación de forceps: directas, oblicuas y antero-posteriores.

Aplicación de forceps en la cara: Aplicación en el estrecho inferior y en la excavación.

Aplicación de forceps en las nalgas incompletas, modalidad de nalgas. Precauciones que deben tomarse e indicaciones.

Aplicación de forceps sobre la cabeza última. Manual operatorio en las occípito-pubianas y en las occípito-sacras.

Pronóstico de las aplicaciones de forceps para la madre y para el feto.

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

Pronóstico. —Sumario: El parto prematuro artificial es operación con la cual se obtiene un niño fácilmente, salvo la larga duración del trabajo como consecuencia de la inercia uterina.

Indicaciones. —Manual operatorio.— Preparativos.— —Procedimiento de Krause. Balón excitador de Tarnier.— Separador Tarnier. —Su técnica.

Pronóstico.

Dilatación artificial del cuello.

Sumario: Esta operación conocida con el nombre de parto metódicamente rápido, no está exenta de peligros, constatándose como consecuencia: primero, la desgarradura del cuello propagada al segmento inferior y segundo, la retractación del anillo de Bandl.

A.— Dilatación manual.

a.— Dilatación bimanual. Procedimiento de Bonnaire.

B.— —Dilatación instrumental.

a.— Dilatadores metálicos. Separador Tarnier, que es más bien un excitador.)

b.—Dilatador Bossi.— Excito-dilatador Flebres.

c. —Balones: Barnes, Braun, Schauta y muy en especial el de Champetier de Ribes. Pronóstico.

ABORTO PROVOCADO

Aborto médico o terapéutico y aborto criminal. Sus variados procedimientos, exponiendo y discutiendo con la debida extensión los diversos procedimientos del dominio obstétrico y obstétrico-quirúrgico, recomendados en el día. Me refiero a estos: punción del huevo. Bujía de Krause. Bujía de Hegar. Dilatadores metálicos. Uso de laminarias. Inyecciones a alta presión. Curetaje. Técnica y sus indicaciones.

OPERACIÓN CESÁREA

Sumario. La operacion cesarea conservatriz, es simple, fácil de ejecutar, pero requiere gran asepsia

Entre las diversas variedades de histerectomias post-cesareas, la operación de Porro es más fácil, pero menos satisfactoria que la subtotal.

La operación cesárea post-mortem exige las mismas precauciones que si la parturienta estuviera en excelentes condiciones.

OPERACIÓN CESAREA CONSERVATRIZ

Sus diferentes tiempos . Pronóstico.

HISTERECTOMIAS POST-CESÁREA

1o.— Amputación útero-ovariana de Perro.

2o.— Histerectomia subtotal.

3o.— Histerectomia total.

4o.— Operación de Hartmann.

OPERACIÓN CESAREA POST-MORTEM

Esta operación se efectúa cuando el feto llegado a la época de viabilidad queda vivo en el útero de la mujer que ha sucumbido o que está moribunda.

CESÁREA SUPRASINFISÁREA [*Sellheim*]

Operación de Sellheim. Sus diversos tiempos. Indicaciones. Contraindicaciones. Manual operatorio. Concepto de esta operación.

SINFISIOTOMÍA

Sumario: Operación grave, mucho menos simple que la cesareana, de resultados no satisfactorios. Sus diversos tiempos. Pronóstico.

EMBRIOTOMÍAS

Embriotomia cefálica.

Sumario: El Basiotribo de Tarnier, su triple efecto: perforador, cefalotribo y cráneoclasto.

A.—Reducción de la bóveda del cráneo.

Los diferentes instrumentos empleados.

Indicaciones de la perforación del cráneo. Manual operatorio.

Craneotomía en los casos de presentación de vértice.

Los tiempos que comprende.

Craneotomía en la presentación de cara.

Craneotomía sobre la cabeza última.

B.—Basiotripsia, reducción de la base del cráneo.

Los diversos instrumentos empleados.

Condiciones necesarias para que la basiotripsia sea posible.

Manual operatorio.

Sus tiempos.

EMBRIOTOMÍA RAQUIDIA

Sumario: Operación fácil o difícil, según que el anillo de Bandl, se encuentra por encima o por debajo del cuello del feto, en las presentaciones de hombro cuando han sido desconocidas.

Sus diversos tiempos. Instrumentos usados. Tijera de Dubois modificada por Pinard. Gancho de Braum. Embrióto de Ribemont. Embrióto de Tarnier. Estos son instrumentos cuya selección depende de la naturaleza del caso que se considere.

MORAL PROFESIONAL OBSTÉTRICA

Muy trascendental por su importancia en el orden social, este capítulo tienen sus puntos de contacto con la moral médica, cuyos preceptos son enteramente aplicables en obstetricia. Así para la partera puede decirse que no hay moral especial y el ejercicio de su profesión, como todos los actos de su vida, debe subordinarse á la rectitud y decoro en el cumplimiento de su deber.

A la obstetriz se le confían intimidades de tal responsabilidad, guarda secretos de orden tan diverso para la estabilidad doméstica y social, que debe desempeñar sus altas funciones en las más rigurosas condiciones de discreción, honradez y abnegación.

No ocuparemos en este capítulo de los siguientes puntos que conceptuamos los mas indispensables para la partera: ,

- a) Deberes de la obstetriz para con su cliente.
- b) Deberes de la obstetriz para con el médico.
- c) Deberes de la obstetriz para con la familia y la sociedad.
- d) Deberes de la obstetriz para con su colega.
- e) Rol privado de la partera.
- f) Secreto profesional.
- g) Responsabilidad de la obstetriz.
- h) Declaración y testimonio.
- i) Declaración del nacimiento de la criatura.
- j) Revelación de las enfermedades.
- k) Identidad del recién nacido.
- l) Honorarios y certificados.

ROL ACTIVO DE LA PARTERA EN LA PRÁCTICA DE LAS INTERVENCIONES

¿Se puede limitar con toda exactitud el radio de acción de la partera en la práctica de su profesión?

He aquí un escabroso problema de alta trascendencia y difícil solución, dicen unos; otros dicen, este es un problema resuelto: el rol de la partera, es enteramente pasivo. Y nosotros qué diremos?: Ni una cosa ni la otra; seguimos la viceptriz de estas dos situaciones.

En efecto, la complejidad de circunstancias que concurren en la práctica diaria, ante la cual se encuentra la obstetriz, la variabilidad de condiciones especiales que a menudo se observan, no puede dejar de imponer reglas de conducta diferentes. Es evidente, que excluyendo prejuicios antojadizos y conceptos ligeros, no existen ni pueden existir jamás leyes inflexibles que rijan de antemano la conducta de la obstetriz.

No es mi mente entrar en profundas disertaciones sobre el particular, pero sí es mi deber—dada la índole de nuestro programa—abordar siquiera tangencialmente el problema de orden profesional que, hasta hoy virgen aún, reclama con urgencia inmediata solución, a la cual contribuiremos en parte, con ligeras reflexiones convergentes a plantear, sino a resolver definitivamente, el problema que nos ocupa.

En tal virtud y fuera de todo prejuicio, repito, en concepto general: de las condiciones de la gestante

de un lado, y de las del medio profesional médico de otro se podrá deducir aproximadamente el poder radio-activo de la partera en la práctica de su profesión

Ahora bien, en cuanto a las condiciones de la gestante, en estos momentos supremos, varían al infinito, presentándose desde la simple irregularidad del trabajo, que nada requiere, hasta los fenómenos más graves que todo lo complican; fenómenos al frente de los cuales puede encontrarse la obstetriz y únicamente ella

Por lo que respecta al medio profesional que rodea a la parturiente, no es difícil imaginar lo que se observa en la práctica: desde el desamparo más lamentable de todo recurso médico, hasta la asistencia más completa del especialista refinado. Ahora bien, sentadas estas premisas, supongamos que quisiéramos restringir las atribuciones de la partera, que fuera lícito reducir a fortiori su radio de acción, pero que al mismo tiempo supiéramos que en la aldea X, donde no existen médicos, ni mucho menos médicos especialistas, va a reposar en su lecho la parturiente Z, cuyo feto viene en presentación de hombro, o que ocurre un accidente del alumbramiento por adherencia anormal de la placenta o bien algún accidente de infección originado por una parte del huevo descompuesto o, en fin, que se trate del enclavamiento de la cabeza en la parte baja de la excavación por deficiencia de las contracciones uterinas, y estos casos se presentan en la práctica con más frecuencia de lo que se cree.

¿Qué hacer en estas circunstancias?.— De dos cosas una; el dilema es fatal: o la obstetriz se lanza— como les sucede a los médicos inmediatamente después de recibidos, y para esto si están autorizados— a ejecutar una intervención que en su práctica deben haber visto muchas veces y efectuado algunas, porque así es y así debe ser; o en su defecto abandona a su cliente, esperando ansiosamente el momento fatal en que se extinga la vida de una de las tantas víctimas de la ignorancia y de la inercia, vida que hubiera podido salvarse sin mayor sabiduría ni extraordinario talento profesional de parte de la obstetriz, ya que en los casos precipitados se trata de versión, alumbramiento artificial, curetaje, simple aplicación de forceps; maniobras todas que están muy al alcance, por cierto, de la buena partera.

Es evidente, pues, que el campo de acción de la obstetriz en los lugares apartados, desheredados, por decirlo así, de los recursos médicos o donde sólo suelen encontrarse médicos de aquellos que no salen de los linderos precisos de la medicina, internistas puros, como hay muchos, y cuyas intervenciones en tales circunstancias, no las creo menos discutibles; en estas condiciones, pues, el rol o regla de conducta de la partera sería muy distinto del que seguiría en una ciudad como Lima, que cuenta con todos los recursos profesionales y con las facilidades correspondientes a la buena asistencia.

Ahora bien, como nos es absolutamente imposible preveer la orientación que van a seguir las obstetrices, en relación con la localidad donde piensan ra-

dicarse, que ya puede ser la ciudad más importante como la más triste aldea, el sitio más socorrido como el más desprovisto de recursos de todo orden; no siendo, pues, posible subordinar la enseñanza a la original clasificación de las parteras en centrales y periféricas, concluyo como he comenzado, afirmando que es bien difícil resolver a priori, las atribuciones de las obstétricas, pero que en todo caso deben ignorar menos de lo que hoy ignoran y saber más de lo que hoy saben. De tal modo que su campo de acción, si no debe ser ilimitado, tampoco debe reducirse demasiado, debiendo, en consecuencia, dominar las intervenciones más urgentes y de práctica corriente, con lo que se obtendrá, estoy seguro, un real y positivo bien para la humanidad; y para la medicina nacional, un paso adelantado en el camino de la enseñanza obstétrica.

Examen Final

Con el fin de dar mayor seriedad e importancia al sistema práctico de la enseñanza obstétrica, lo que constituye nuestra tendencia constante, así como para incitar la voluntad de las alumnas en este sentido, proponemos que los exámenes de las alumnas de obstetricia sean esencialmente prácticos y tomados en una de las salas de la maternidad y no en local de la facultad.

Para la calificación de estos exámenes finales, se deberá tener en cuenta dos circunstancias: 1a.

el cumplimiento de la alumna en relación con su asistencia a la maternidad; cumplimiento que cuando ha sido completamente satisfactorio puede conceptuarse como un factor ganado para la aprobación, y 2a. los calificativos parciales o sean los que el profesor debe anotar en su libreta de apuntes diarios y correspondientes al resultado de los interrogatorios sucesivos que se harán a las alumna durante el año escolar, relativos a cuestiones suficientemente tratadas en las diversas formas que hemos indicado al ocuparnos del mecanismo de la enseñanza en general.

FIN







WQ 18 F289e 1919

47630170R



NLM 05244960 7

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE